Réseau francophone international de prévention
des traumatismes et de promotion de la sécurité

Référentiel de bonnes pratiques

Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire

Sous la direction de
Martine Bantuelle
René Demeulemeester

Référentiels

éditions inpes

Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire

Programmes et stratégies efficaces

RÉFÉRENTIELS

Réseau francophone international de prévention
des traumatismes et de promotion de la sécurité

Référentiel de bonnes pratiques

Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire

Programmes et stratégies efficaces

Sous la direction de
MARTINE BANTUELLE
RENÉ DEMEULEMEESTER

éditions inpes

Direction de la collection **Philippe Lamoureux**
Édition **Anne-Sophie Mélard**

Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis cedex France

L'Inpes autorise l'utilisation et la reproduction des données
de ce référentiel sous réserve de la mention des sources.

ISBN 978-2-9161-9203-1

Composition du groupe de rédaction

Le groupe de travail

Lyne ARCAND, médecin-conseil, Promotion et prévention, unité Développement et adaptation des personnes, Institut national de santé publique du Québec, Québec, Canada.
Martine BANTUELLE, licenciée en politique économique et sociale, directrice d'Éduca-Santé, coordinatrice du Programme quinquennal de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité du ministère de la Communauté française de Belgique, présidente du Réseau francophone international pour la promotion de la santé, Belgique.
Paul BOUVIER, pédiatre, médecin de santé publique, directeur, Service de santé de la jeunesse, État de Genève, Suisse.
Sandrine BROUSSOULOUX, psychologue, chargée de mission, Direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, France.
René DEMEULEMEESTER, médecin de santé publique, coordinateur des programmes, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, France.
Bruno HOUSSEAU, chargé de mission, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, France.
Béatrice LAMBOY, docteur en psychologie, chargée d'expertise scientifique, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, France.
Johanne LAVERDURE, psychologue, coordonnatrice scientifique, unité Développement et adaptation des personnes, Institut national de santé publique du Québec, Québec, Canada.
Jeanine POMMIER, enseignant-chercheur, École nationale de santé publique, laboratoire Processus d'action des enseignants, déterminants et impacts, France.
Christelle SENTERRE, licenciée en sciences de la santé publique, chercheur dans l'unité de recherche Épidémiologie, traumatismes et maladies chroniques. Département d'épidémiologie et de promotion de la santé, École de Santé publique, Université libre de Bruxelles, Belgique.

Les relecteurs

Philippe BASTIN, directeur de l'association Infor-Drogues, Bruxelles, Belgique.
Olivier DUPERREX, pédiatre, médecin de santé publique, médecin attaché à la direction, Service de santé de la jeunesse, Genève, Suisse.
Damien FAVRESSE, sociologue, agrégé de l'enseignement secondaire supérieur, chercheur dans l'unité de recherche Promotion éducation santé, Département d'épidémiologie et de promotion de la santé, École de Santé publique, Université libre de Bruxelles, Belgique.
Cécile GRUEL, médecin conseiller technique du rectorat, Académie d'Orléans-Tours, ministère de l'Éducation nationale, France.
Alain LEVÊQUE, professeur, directeur de l'unité de recherche Épidémiologie, traumatismes et maladies chroniques, Département d'épidémiologie et de promotion de la santé. École de Santé publique, Université libre de Bruxelles, Belgique.
Zeina MANSOUR, directrice du Comité régional d'éducation pour la santé de Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Nice, France.
Catherine MARTIN, conseillère scientifique, unité Développement et adaptation des personnes, Institut national de santé publique du Québec, Québec, Canada.
Michèle MEERSSEMAN, médecin, directrice honoraire des services Promotion santé à l'école de la ville de Bruxelles, Belgique.
Françoise NARRING, médecin adjointe agrégée, consultation santé jeunes, Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse.
Corinne ROEHRIG, médecin de santé publique, chargée de mission Conduites addictives et conduites à risques, comité régional d'éducation pour la santé des Alpes-Maritimes, France.
Isabelle SENTERRE, enseignante-psychomotricienne, directrice de l'Institut Sainte-Marie de la Fraternité à Schaerbeek, Belgique.

Remerciements

François BECK, chef du Département observation et analyse des comportements de santé de la Direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, France.
Catherine GUILLON, assistante, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, France.
Didier JOURDAN, professeur des universités, Institut universitaire de formation des maîtres, France.
Suzanne KONGO, assistante, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, France.
Annie-Claude MARCHAND, chef du Département partenariat et développement régional de la Direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, France.
Marie-Christine VAN-BASTELAER, chargée de projet, association Éduca-Santé, Belgique.

Sommaire

11 **Avant-propos**

13 **Introduction**
15 **Pourquoi cet ouvrage ?**
19 **Modalités d'élaboration**
21 **Grille de lecture**

25 **Le développement des enfants et des adolescents et leur perception de la santé**
26 Développement des enfants et des adolescents
26 *Trois modèles pour comprendre l'émergence des problèmes psychosociaux et de santé*
28 *Caractéristiques du développement de l'enfant et de l'adolescent*
28 *Défis développementaux chez les enfants et les adolescents*
32 *Compétences à développer chez les enfants et les adolescents*
34 Représentation de la santé par les enfants et les adolescents
34 *Le concept de représentation sociale*
36 *Les perceptions de la santé par les enfants et les jeunes*

37 **Les comportements à risque des enfants et des adolescents : définition, classification et fréquence**
39 L'usage de substances psychoactives licites ou illicites
42 La violence dirigée contre soi ou contre les autres
45 Les comportements dangereux sur la route
46 Les pratiques sportives à risque
47 Les comportements sexuels à risque

49 Les déterminants de la santé et des comportements à risque chez les enfants et les adolescents

49 Les déterminants de la santé et du bien-être
51 Les déterminants des comportements à risque
51 *L'abus de substances psychoactives licites ou illicites*
52 *La violence dirigée contre soi*
53 *La violence dirigée contre les autres*
55 *Les comportements dangereux sur la route*
56 *Les pratiques sportives à risque*
56 *Les comportements sexuels à risque*
58 Santé et éducation : une dynamique de la réussite
58 *Réussite scolaire et réussite éducative*
60 *Facteurs de réussite scolaire en lien avec la santé*
61 *Décrochage scolaire et comportements à risque : des déterminants communs*
62 *Réussite éducative et prévention des comportements à risque : des approches convergentes*
62 *Les acteurs de la réussite éducative*

64 Prévention des comportements à risque et promotion de la santé à l'école

64 Les interventions efficaces
64 *Caractéristiques générales*
66 *Méthodes d'intervention*
68 Les interventions validées
68 *La notion d'intervention validée : aspects méthodologiques*
68 *Quelques exemples de programmes validés*
71 Les interventions prometteuses
71 *La notion d'intervention prometteuse*
72 *L'exemple de « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle »*
73 Modèle d'intégration des interventions en milieu scolaire
74 *Les Écoles promotrices de santé (Health Promoting School)*
76 *Le « Comprehensive School Health Program »*

80 Élaboration, mise en œuvre et évaluation des interventions

80 Des repères pour la planification
81 Des repères pour l'évaluation
84 Des outils pour planifier et évaluer
87 Des guides d'aide à l'action en milieu scolaire

93 Accompagner le renouvellement des pratiques

94 Les pratiques à renouveler et les conditions de leur renouvellement
96 Les acteurs du changement
96 Les modèles théoriques de soutien au renouvellement des pratiques
99 Les propositions d'accompagnement
99 *Caractéristiques de l'accompagnement à offrir*

100 *Composantes du dispositif d'accompagnement*
100 *Éléments à aborder dans l'accompagnement*
101 Aborder le processus de changement lui-même
101 Approfondir certains concepts
101 Aborder le travail en collaboration et en partenariat
102 Aborder le processus d'apprentissage des personnes accompagnées
102 Soutenir la pratique réflexive
103 Des exemples de dispositifs d'accompagnement
103 *Exemple d'accompagnement des pratiques au Québec*
104 *Exemple d'accompagnement des pratiques en Belgique*
106 *Exemple d'accompagnement des pratiques en France*

109 Annexes
111 Les phases du développement de l'enfant et de l'adolescent
116 Exemples de programmes validés
119 Bibliographie
129 Sigles
131 Index

Avant-propos

Cet ouvrage est le fruit d'une collaboration entre l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et le Réseau francophone international de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, section du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips).

Il est né d'un besoin exprimé en France par des acteurs du monde de l'enseignement de plus en plus souvent confrontés à des situations mettant en péril la trajectoire scolaire de leurs élèves.

Lors d'une première rencontre, l'Inpes et le Réfips ont constaté que ce besoin d'informations sur les moyens d'agir en milieu scolaire pour le bien-être et la réussite des jeunes était aussi présent dans d'autres pays francophones, que des initiatives avaient été prises et certaines évaluées et que des expertises et des ressources existaient en France, Suisse, Belgique et au Québec.

Forts d'une précédente collaboration pour la création, l'édition et la diffusion du référentiel de bonnes pratiques *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*, l'Inpes et le Réfips ont alors décidé de renouveler l'expérience et de réaliser, grâce à l'apport de différents experts, un ouvrage rassemblant les savoirs des uns et des autres sur ce nouveau sujet.

Le groupe de travail s'est donc accordé pour rassembler les informations nécessaires à une meilleure compréhension de la problématique et à une meilleure connaissance des interventions efficaces et

prometteuses destinées aux jeunes dans les quatre pays francophones cités plus haut.

La volonté d'aborder le propos sous l'angle des « conduites à risque » – en lien avec les stades du développement de l'enfant – et des stratégies de prévention de ces conduites appliquées en milieu scolaire résulte d'un quadruple constat commun :

- certains comportements qui mettent en danger la santé et le bon développement des enfants surviennent de plus en plus précocement ;
- ces comportements sont influencés par différents facteurs qui ont été bien identifiés ;
- l'école est un milieu d'intervention privilégié en tant que lieu éducatif et lieu de vie sociale ;
- enfin, des interventions, pour autant qu'elles répondent à certains critères définis, ont montré leur efficacité ou s'avèrent très prometteuses.

Pourtant, il semble que ces informations soient peu ou mal connues des acteurs du milieu scolaire et que peu d'écoles pratiquent de telles interventions.

Cet ouvrage, fruit de près d'un an et demi de travail, est ainsi destiné à relayer ces données auprès de toute personne qui, dans le cadre de ses missions auprès des jeunes, souhaite agir pour leur donner les moyens nécessaires à leur développement. Dans cette optique, il est centré sur l'apport de connaissances en vue de l'action, car il peut constituer une aide à l'élaboration de politiques de santé, à la conception et l'implantation de programmes de prévention et d'éducation pour la santé, à la modification des pratiques des professionnels.

Notre souhait est qu'il suscite le débat, amène la concrétisation d'actions et génère la volonté de continuer à partager les expérimentations des uns et des autres, toujours dans le même objectif de renforcer leur qualité et leur efficacité, au bénéfice des jeunes.

Philippe Lamoureux
Directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Martine Bantuelle
Présidente du Réseau francophone international pour la promotion de la santé

INTRODUCTION

Pourquoi cet ouvrage ?

Au cours de son évolution, l'enfant en âge d'être scolarisé, puis l'adolescent, doit faire face à plusieurs défis successifs : l'adaptation à l'école primaire, l'adaptation à l'école secondaire, l'acquisition de la compétence scolaire, le développement de relations positives avec ses pairs[1] et enfin le développement d'une identité autonome. Si la majorité des enfants et des adolescents relève avec succès ces défis, ils sont cependant exposés à des risques qui peuvent affecter leur santé, leur bien-être et leur réussite éducative. L'analyse des travaux portant sur l'épidémiologie et les déterminants des conduites à risque chez les enfants et les adolescents révèle que de nombreux facteurs de protection sont aussi des facteurs favorisant la réussite éducative. Les évaluations des programmes de prévention des conduites à risque démontrent que les plus efficaces reposent sur le développement de compétences sociales, émotionnelles et cognitives, utilisent des méthodes interactives et s'inscrivent dans la durée. Les programmes les plus prometteurs prennent en compte l'environnement de l'enfant ou de l'adolescent et agissent simultanément à plusieurs niveaux : famille, école, quartier... L'école, deuxième milieu de vie le plus influent après la famille, est le lieu d'ancrage privilégié de ces interventions. Celles-ci s'intègrent dans une démarche de promotion de la santé qui permet à la fois l'acquisition de compétences favorables à la santé et la création d'un environnement propice à leur mise en pratique.

L'objectif de cet ouvrage est de mettre à disposition des promoteurs[2] de programmes

---

1. Personne semblable quant à la fonction, la situation sociale ou qui partage des intérêts, des valeurs ou des activités semblables. Ici, les autres jeunes, les autres élèves, le « groupe ». Parmi les relations entre pairs, la bande est une spécificité de l'adolescence.

2. L'ouvrage s'adresse à toute personne qui est à l'initiative de la conception et de l'implantation d'un programme de prévention ou de promotion de la santé en milieu scolaire et, au-delà, à tous ceux qui interviennent dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de tels programmes. À des degrés divers, il peut s'agir de responsables de la santé ou de l'éducation, de professionnels de santé scolaire, de directeurs d'établissement, d'enseignants, d'associations de parents, de professionnels œuvrant dans des structures de promotion de la santé...

de prévention ou de promotion de la santé des enfants d'âge scolaire[3] une synthèse de la littérature scientifique et technique internationale concernant les actions de prévention des comportements à risque et leurs modalités d'application. Ces interventions ont pour finalité de limiter les comportements à risque, c'est-à-dire ceux qui menacent de façon significative la vie ou la santé. Elles contribuent ainsi à réduire la fréquence et la gravité des traumatismes ou des pathologies qui découlent de ces comportements. Les comportements dont il est question sont : la violence dirigée contre soi (suicides ou tentatives de suicide) ou contre les autres (agressions, brimades), l'usage nocif de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) ou leur expérimentation précoce, les comportements dangereux sur la route ou durant les loisirs et les comportements sexuels à risque.

La présente synthèse porte sur les facteurs qui déterminent ces conduites à risque ainsi que sur les interventions et stratégies potentiellement efficaces. Elle ne vise pas l'exhaustivité. Ainsi, elle ne couvre pas les troubles alimentaires et la sédentarité qui entraînent des problèmes de poids, se limite à une tranche d'âge (3-18 ans) et n'envisage pas les interventions précoces pratiquées durant la grossesse ou la petite enfance. Ces dernières, qui semblent particulièrement prometteuses, méritent un ouvrage en soi.

COMPORTEMENTS À RISQUE OU CONDUITES À RISQUE ?

La littérature scientifique utilise tantôt le terme de « comportements à risque », tantôt celui de « conduites à risque ». Dans cet ouvrage, ces synonymes sont employés indifféremment et seront définis comme des manières d'agir qui comportent une probabilité non négligeable de mettre en danger sa vie, sa santé ou celle d'autrui.

LES FACTEURS INFLUENÇANT LES COMPORTEMENTS À RISQUE

Comprendre quels sont les facteurs qui influencent les comportements à risque va permettre d'agir de façon cohérente sur un ensemble de déterminants communs. Prédisposants ou protecteurs, ces facteurs vont accroître ou au contraire prévenir la vulnérabilité des enfants ou des jeunes face à ces conduites. Il peut s'agir de caractéristiques personnelles telles que la capacité à faire face aux événements, à nouer des relations. C'est aussi l'environnement proche, comme la qualité des relations au sein de la famille ou les relations avec les pairs. C'est également l'environnement social, en particulier l'école, son mode d'organisation et les valeurs sociales qu'elle défend et véhicule.

LES COMPÉTENCES COGNITIVES, PSYCHOLOGIQUES ET SOCIALES

Parmi les facteurs de protection, les compétences actuellement désignées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sous l'appellation « d'aptitudes utiles dans la vie » sont particulièrement importantes à considérer pour deux raisons : il existe un lien fort entre ces compétences, la prévention des conduites à risque et la réussite éducative ; et d'autre part, elles peuvent s'acquérir et se développer. Ces compétences « permettent aux individus de maîtriser et de diriger leur existence et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci ». L'OMS cite à titre d'illustration : « la capacité a prendre des décisions et à résoudre des problèmes, le raisonnement créatif et la réflexion critique, la conscience de soi et l'empathie, les compétences en

3. On entend par « scolaire » la maternelle et l'enseignement primaire et secondaire. L'âge de la scolarité varie selon les pays. En France, par exemple, l'école est obligatoire à partir de 6 ans et jusqu'à 16 ans. En Belgique, elle est obligatoire à partir de 7 ans et jusqu'à 18 ans.

matière de communication et de relations interpersonnelles, la capacité à faire face à ses émotions et à maîtriser le stress » (OMS, 1999).

L'ÉCOLE : UN LIEU D'INTERVENTION PRIVILÉGIÉ

L'école est au centre des interventions et stratégies efficaces. Fréquentée quotidiennement par la très grande majorité des enfants et des adolescents dans nos pays industrialisés, elle est le lieu privilégié pour les atteindre. De façon plus essentielle, l'école participe à la construction des individus par sa mission éducative. Agir pour la réussite des élèves dans le domaine des apprentissages, notamment scolaires, c'est aussi contribuer efficacement à la promotion de la santé des enfants et des adolescents et à la prévention des conduites à risque. Ainsi, prévenir les comportements à risque, promouvoir la santé et contribuer à la réussite éducative des jeunes correspondent à différents éclairages d'une même perspective éducative. Dans cette optique, le cercle familial conserve cependant un rôle de premier plan et la participation des parents est capitale.

PRÉVENTION, PROMOTION DE LA SANTÉ, ÉDUCATION POUR LA SANTÉ : QUELQUES DÉFINITIONS CLEFS

La prévention de la maladie (ou du traumatisme) comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences. Les expressions « prévention de la maladie » et « promotion de la santé » sont parfois utilisées de façon complémentaire. Bien que le contenu et les stratégies de ces deux notions se recouvrent souvent partiellement, la prévention de la maladie est définie séparément. Dans ce contexte, elle est considérée comme l'action qui provient généralement du secteur sanitaire et porte sur des personnes qui présentent des facteurs de risque identifiables, souvent associés à des comportements à risque différents (OMS, 1999).

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. La promotion de la santé représente un processus global qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et la santé des personnes (OMS, 1999).

Les résultats en matière de promotion de la santé sont les changements des caractéristiques et aptitudes personnelles, des normes et actions sociales, ou des pratiques organisationnelles et des politiques des pouvoirs publics qui sont attribuables à une activité de promotion de la santé. Ces résultats représentent les effets les plus immédiats des activités de promotion de la santé et sont généralement orientés vers une modification des déterminants de la santé susceptibles d'être changés (OMS, 1999).

Traditionnellement, l'éducation pour la santé consistait en des interventions éducatives visant à apporter des informations et à inciter les individus à adopter des attitudes et des comportements favorables à leur santé dans un objectif de prévention. Actuellement, l'éducation pour la santé est le plus souvent considérée comme un processus créant avec les personnes et les groupes les conditions du développement de leurs capacités, valorisant leur autonomie et leur responsabilité, dans un but de promotion de la santé (Inserm, 2003).

DES INTERVENTIONS EFFICACES, DES STRATÉGIES PROMETTEUSES

L'enfance, et plus encore l'adolescence, sont des périodes d'expérimentation des comportements adultes. La prise de risque est associée à ces expérimentations et il est normal d'observer à l'adolescence l'adoption de nouveaux comportements, dont certains sont dangereux.

Les interventions n'ont pas pour objectif de supprimer toute prise de risque, mais de réduire les traumatismes et de prévenir les conséquences de ces comportements sur le développement de l'enfant et de l'adolescent.

Celles qui se révèlent efficaces accordent une place privilégiée aux méthodes interactives et expérientielles (jeux de rôle, mises en situation, travail pratique sur les ressentis et les émotions, etc.) ; sont sélectionnées en fonction de la population de jeunes concernée (enfants d'une certaine classe d'âge, population générale, groupe à risque, etc.) ; s'inscrivent dans la durée (plusieurs heures par an, plusieurs années de suite, etc.) ; et agissent sur plusieurs facteurs simultanément (interventions sur les compétences psychosociales associées à des interventions auprès des familles, auprès des enseignants, interventions dans la vie scolaire, etc.).

La stratégie de mise en œuvre la plus prometteuse consiste à inscrire ces interventions dans une démarche globale de promotion de la santé en milieu scolaire. Une telle approche assure la cohérence avec les autres activités en faveur de la santé des élèves et procure un environnement favorable au développement des capacités des élèves.

Modalités d'élaboration

La volonté de réaliser cet ouvrage est née d'un constat : en France, les interventions de prévention des conduites à risque étaient le plus souvent ponctuelles, restreintes à de simples transmissions d'information associant peu les enseignants et les parents. Un récent rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) pointait cependant quelques expériences d'interventions structurées, bien qu'insuffisamment évaluées. Il concluait que le développement de programmes efficaces devrait prendre en compte ces expériences et les spécificités de leur contexte institutionnel, mais aussi les enseignements de la littérature scientifique existante. Or, la grande majorité de cette littérature est rédigée en anglais et elle est difficilement accessible aux intervenants francophones.

Par ailleurs, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) avait à son actif la réalisation d'un référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, en partenariat avec le Réseau francophone international de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, section du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips).

C'est donc tout naturellement que l'Inpes a réitéré cette démarche pour aborder la question de la prévention des conduites à risque, sollicitant à nouveau le Réfips pour se lancer dans l'aventure.

Pour commencer, un groupe de travail rassemblant une dizaine de personnes issues des milieux universitaires et des organisations de promotion de la santé en Belgique, France, Québec et Suisse a été constitué. Ses travaux ont porté à la fois sur des synthèses de la littérature scientifique, les résultats de l'évaluation de programmes et les expériences menées dans chacun des quatre pays.

Dans un premier temps, lors d'un séminaire de deux jours, le groupe de travail s'est accordé sur les concepts de risques, de comportements et de conduites à risque.

Ceci à permis d'ébaucher le plan de rédaction du présent ouvrage ainsi que la répartition de l'écriture selon les compétences des uns et des autres.

Dans un deuxième temps, chaque membre du groupe a élaboré des textes à partir de recherches bibliographiques et les a soumis à la critique des autres. Progressivement, les articles se sont enrichis, complétés, modifiés pour aboutir à une première synthèse. Parallèlement, une bibliographie s'est constituée grâce aux apports de chacun. L'identification des sources s'est opérée selon différents critères : application aux quatre pays francophones concernés, disponibilité des documents sources, existence de méta-analyses, validation dans chacun des pays et décision collégiale du groupe de travail.

Un second séminaire a permis de croiser les textes rédigés par les membres du groupe de travail, de revoir la structure de l'ouvrage et de constituer des sous-groupes pour approfondir les différents chapitres. De nouveaux apports ont été apportés, dans un souci de qualité méthodologique et de niveau de preuve scientifique ou consensuelle selon les cas.

Dans un troisième temps, le manuscrit a été transmis à des relecteurs issus des quatre pays et reconnus pour leur compétence dans les secteurs de la promotion de la santé et de l'enseignement.

Lors d'un troisième séminaire, les apports des relecteurs ont été intégrés dans le document et les dernières améliorations tant de la structure que des contenus ont été apportées selon les modalités définies par le groupe.

L'ensemble de la démarche s'est déroulé de décembre 2005 à mai 2007. Le groupe de travail s'est réuni à trois reprises à Paris en décembre 2005, mai 2006 et mars 2007. Le suivi et l'avancement du projet s'est effectué au cours de conférences téléphoniques. La coordination des travaux a été assumée conjointement par un membre de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et par un membre du Réseau francophone international pour la prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité.

Grille de lecture

L'objectif principal du présent ouvrage est d'apporter des repères utiles pour aborder les conduites à risque des jeunes, à toute personne qui souhaite entreprendre une action de promotion de la santé auprès d'eux.

Les comportements décrits dans cet ouvrage sont appréhendés comme des actes légitimes que les jeunes posent pour se construire, s'opposer aux adultes, parfois exprimer une souffrance et un mal-être. Il ne s'agit donc pas de comportements qui seraient les symptômes d'une déviance, d'une pathologie ou d'une maladie mentale.

Ce référentiel comporte deux parties. La première décrit largement les étapes et éléments du développement des enfants et des adolescents, la description de comportements considérés comme « à risque » et des facteurs qui influencent voire déterminent ces comportements.

La seconde propose des stratégies de prévention qui sont reconnues comme les plus efficaces ainsi que des ressources utiles à l'élaboration des interventions.

CONNAISSANCE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Le **premier chapitre** se consacre au développement des enfants et des adolescents. Il inclut des grilles de compréhension des phénomènes liés à ce développement, fait le point sur les connaissances actuelles concernant les aspects normatifs du développement et décrit les principaux apprentissages et les compétences à développer afin de faire face aux difficultés rencontrées au quotidien. Une bonne compréhension des phases de développement et des défis qui y sont associés permet d'identifier les besoins particuliers liés à la santé, au bien-être et à la réussite éducative des enfants et des adolescents. L'identification des besoins permet à son tour de discerner les capacités à développer pour acquérir les compétences favorables à la santé et au

bien-être. Le tableau synoptique proposé en annexe (pages 111 à 114) guidera le lecteur en fonction des âges et de cinq niveaux de développement : affectif, cognitif, moral, physique et sexuel. Des éléments liés à la vision de la santé qu'ont les enfants et les adolescents seront aussi décrits car ils devraient être pris en compte dans les démarches éducatives.

COMPRÉHENSION DES COMPORTEMENTS À RISQUE

Le **deuxième chapitre** propose les définitions des comportements à risque pris en considération dans le cadre de cet ouvrage, reprend la classification élaborée sur la base de celle établie en 2003 par Jean-Pascal Assailly[4] et fait le point sur leur fréquence à partir des résultats de plusieurs enquêtes épidémiologiques récentes, notamment les enquêtes internationales *European School Survey on Alcohol and other Drugs* (Espad) et *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), réalisée en milieu scolaire tous les quatre ans dans la plupart des pays européens. Les comportements retenus dans l'ouvrage concernent : l'usage de substances psychoactives licites ou illicites, la violence, les comportements dangereux sur la route, les pratiques sportives à risque et les comportements sexuels à risque. La connaissance de la fréquence et de l'ampleur des comportements à risque permet d'objectiver les phénomènes, de fixer des priorités d'action, d'identifier les meilleurs moments pour agir et de planifier des interventions pertinentes.

ÉTUDE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ, DU BIEN-ÊTRE ET DES CONDUITES À RISQUE

Le **troisième chapitre** s'attache à présenter de manière synthétique les facteurs qui influencent favorablement ou défavorablement les comportements de santé et de bien-être d'une part et les comportements à risque d'autre part. Ces facteurs, appelés « déterminants », sont classés selon leur lien à l'individu (compétences psychosociales, habitudes de vie, patrimoine génétique de l'enfant ou l'adolescent, etc.), à son environnement immédiat (famille, pairs, école, etc.) et à son environnement global (organisation sociale et politique, etc.). Afin de mettre en évidence la complexité qui existe entre les différents déterminants d'un même comportement mais aussi entre différents comportements, les tableaux IV et V (page 50 et 58), reprennent de façon synthétique les principaux groupes de déterminants sur lesquels il est possible d'agir dans une démarche de promotion de la santé. Face à cette complexité, l'éducation dans sa dimension émancipatrice contribue largement à la prévention des comportements à risque. L'identification et la prise en compte des déterminants du bien-être ainsi que les facteurs de protection des comportements à risque vont orienter le choix des stratégies de prévention et de promotion de la santé.

STRATÉGIES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Le **quatrième chapitre** développe les programmes de prévention reconnus comme efficaces et les modalités de leur intégration en milieu scolaire. De nombreux programmes ont été évalués. Divers auteurs ont mis en évidence les éléments qui renforcent l'efficacité des programmes de prévention. Les recommandations apportées pourront aider aux choix des processus, stratégies, méthodes et activités de prévention et de promotion de la santé à desti-

4. Docteur en psychologie, chargé de recherche à l'Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité (Inrets).

nation des enfants, des adolescents et des adultes qui les entourent. L'ajout de quelques exemples d'interventions viendra concrétiser les apports de la littérature scientifique de ce domaine. Un tableau synthétique en annexe de l'ouvrage (pages 116 à 117) permettra au lecteur de repérer les programmes validés en fonction du public concerné, du lieu, de la méthode, des résultats et du type de démarche de l'intervention. L'école est reconnue par les instances internationales (Organisation mondiale de la santé, Commission européenne, Conseil de l'Europe) comme exerçant une grande influence sur le développement des aptitudes des enfants et des adolescents. Des initiatives telles que les *Écoles promotrices de santé* inscrivent la santé dans les politiques scolaires, les projets d'établissement et les décisions collectives.

REPÈRES POUR LA CONCEPTION ET L'IMPLANTATION DES INTERVENTIONS

Le **cinquième chapitre** présente des publications récentes qui peuvent constituer des aides tout à la fois pour la conception, l'implantation et l'évaluation des interventions. Contrairement à un guide méthodologique privilégiant une seule approche, ce chapitre propose, sous forme d'outils, des points de repères destinés aux personnes impliquées auprès des jeunes dans des programmes de prévention et de promotion de la santé. Libres à elles de choisir ensuite les outils qui s'ajusteront au mieux à leur réalité.

RENOUVELLEMENT DES PRATIQUES

Changer le paradigme d'intervention entraîne une réflexion sur la pertinence des pratiques professionnelles habituelles. Le **sixième chapitre** identifie donc les pratiques à développer et éventuellement à modifier afin de les mettre en adéquation avec la démarche de promotion de la santé. Le tableau VI (page 97) résume les principaux éléments qui faciliteront l'introduction du changement des pratiques des professionnels. L'étude de divers modèles de soutien au renouvellement de pratiques issus de différents pays permettra d'identifier les modalités d'accompagnement à offrir aux professionnels. Ces descriptions de modalités d'accompagnement pourront aider les personnes qui encadrent des équipes (directeurs d'établissements scolaires, responsables scolaires d'équipes de santé, formateurs, etc.) à repenser les critères et les conditions de leur mission d'accompagnement ainsi qu'à redéfinir les finalités de cette action.

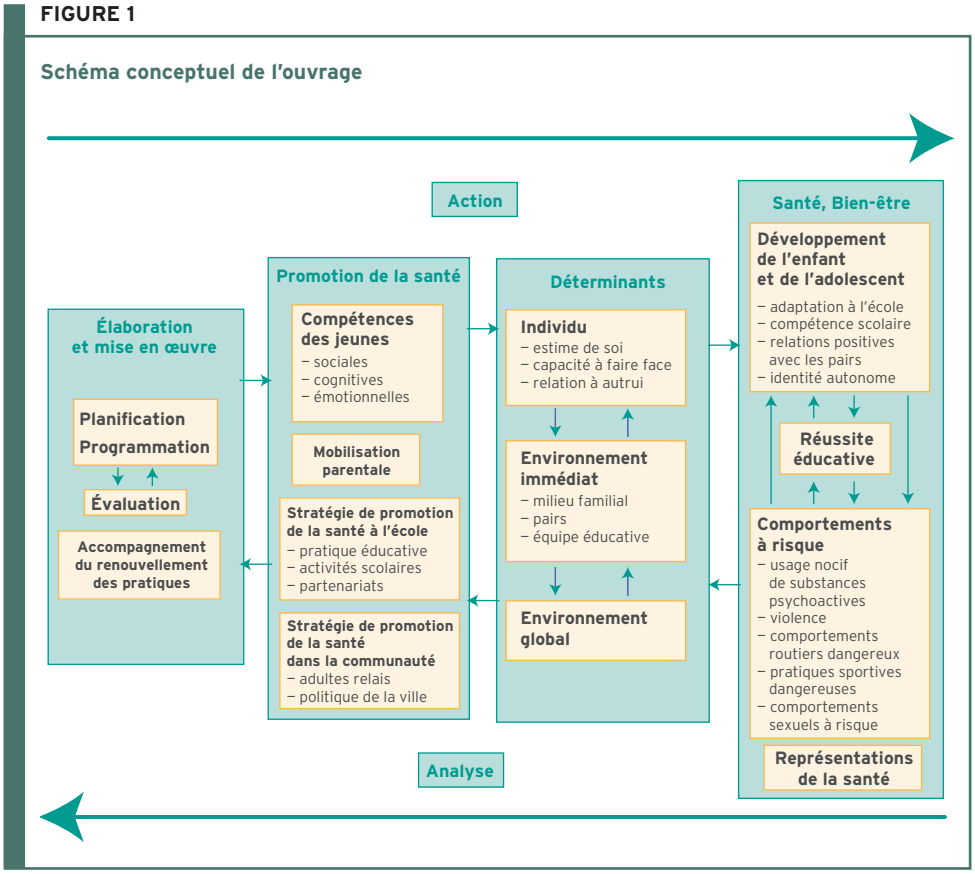
LE RÉFÉRENTIEL, MODE D'EMPLOI

Les auteurs ont tenté de structurer et d'organiser le contenu de cet ouvrage de telle sorte que le lecteur puisse le consulter en fonction des informations qu'il recherche, de son champ d'exercice professionnel, de la place qu'il occupe dans la conception et l'implantation d'un programme de prévention et de promotion de la santé, etc.

Les six chapitres de ce référentiel constituent une suite logique assurant la cohérence et la progression de l'ensemble mais chacun d'entre eux se suffit à lui-même et peut être consulté indépendamment. Les tableaux synoptiques doivent permettre une lecture transversale et donner une vision synthétique des informations. Les références des apports théoriques et la bibliographie serviront au lecteur qui le souhaite à élargir ses recherches. Enfin les outils de planification et d'évaluation présentés le sont le plus souvent avec les adresses internet qui permettent d'y accéder dans leur intégralité.

La figure 1 schématise l'architecture de l'ouvrage.

FIGURE 1



Le développement des enfants et des adolescents et leur perception de la santé

La majorité des enfants[5] se développe bien. Tout au long de leur trajectoire développementale, les jeunes doivent faire face à de multiples situations, possibilités, contraintes et pressions extérieures susceptibles d'influencer leurs décisions face à un cheminement personnel et social. Ils seront également exposés à des risques et à des difficultés pouvant affecter leur santé, leur bien-être et leur réussite éducative. Les principaux risques encourus par les jeunes sont les accidents de la route ou survenant lors d'activités sportives et de loisirs, les troubles d'apprentissage ou du comportement, le décrochage scolaire, la détresse psychologique, la grossesse non-désirée à l'adolescence, les infections transmissibles par les relations sexuelles et par le sang et enfin les risques liés au tabac, à l'alcool et aux drogues. Plutôt que de se focaliser sur les dangers et les problèmes, il est proposé d'intervenir en amont de ces manifestations et d'agir sur un ensemble de facteurs clés qui influencent les choix des jeunes et les problèmes qui les touchent. Il convient donc de soutenir des actions qui favorisent les aptitudes et les compétences des jeunes et qui leur permettent de se développer dans des environnements harmonieux[6] (Martin, Arcand *et al.*, 2005).

5. Selon l'OMS, l'adolescence, période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, se définit comme le groupe d'âge situé entre 10 et 19 ans.

6. Ces environnements harmonieux sont générés par des actions sur l'environnement physique ou social comme la mise en place d'un code de vie à l'école interdisant la violence et l'intimidation ou encore l'aménagement d'une cour où l'activité physique est favorisée...

DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

TROIS MODÈLES POUR COMPRENDRE L'ÉMERGENCE DES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX ET DE SANTÉ

L'examen des principaux facteurs qui interviennent dans les trajectoires de vie des enfants et des adolescents permet d'établir les objectifs à poursuivre afin que ces jeunes puissent bâtir progressivement leur santé et leur bien-être (Hamel, Blanchet et Martin, 2001).

De visions souvent parallèles ou opposées émerge actuellement un mouvement en faveur d'une intégration de connaissances provenant de multiples domaines. On cherche ainsi à intégrer « la théorie du développement aux modèles issus de la santé publique, de l'épidémiologie, de la sociologie et de la psychopathologie du développement pour la conceptualisation et l'implantation des interventions préventives » (Weissberg, 1998 ; Cicchetti, 1992).

En conséquence, trois modèles de compréhension des problèmes psychosociaux seront décrits ici : la perspective écologique, l'approche développementale et la psychopathologie du développement. Chacun d'eux contribue à une compréhension plus fine des facteurs et des processus impliqués dans le développement des problèmes de santé et d'adaptation sociale.

Perspective écologique

Plusieurs travaux ont montré comment les contextes physique et social influençaient la santé et les comportements des individus. Ils ont tenté d'expliquer l'interrelation entre la structure, les conditions sociales et les comportements individuels (Evans, Barer et Marmor, 1996 ; Keating et Hertzman, 1999 ; St-Léger et Nutbean, 2000 ; Roberge, Choinière *et al.*, à paraître).

L'approche écologique propose un cadre d'analyse des contextes dans lesquels surviennent les comportements plutôt que de faire de l'individu l'unique cible d'intervention (Bronfenbrenner, 1979, 2000 ; Eccles et Roeser, 1999 ; Richard, 1996). Elle met l'accent sur la nature interactive des différentes composantes d'un système.

Le macrosystème se réfère aux modèles idéologiques et institutionnels et aux événements qui définissent une culture (guerre, désastre naturel, urbanisation, économie globale, valeurs et croyances). L'exosystème renvoie aux contextes sociaux qui influencent indirectement la famille, les enfants et les jeunes (structures sociales, groupes de soutien formels et informels, statut socioéconomique, opportunités d'emploi, disponibilité de services). Enfin, le microsystème inclut les différents contextes dans lesquels l'enfant ou l'adolescent jouent un rôle direct en tant que personne participante, contextes qui présentent chacun des caractéristiques physiques et sociales (famille, milieu de garde, école, travail).

Ainsi, intervenir dans une sphère, en l'occurrence la sphère individuelle, aura des répercussions sur d'autres sphères, comme celle de l'environnement immédiat des individus. En conséquence, ce principe d'interdépendance incite à agir sur plus d'un système à la fois, afin de maximiser l'apparition des changements souhaités (Hamel, Blanchet et Martin, 2001).

En somme, l'approche écologique stipule que toute personne se développe au sein d'un réseau de relations dynamiques. La personne influence ce réseau et elle est à son tour influencée par lui. C'est la raison pour laquelle une action portant à la fois sur les éléments structurels qui sont à la source des problèmes et sur la consolidation du potentiel des individus, est plus prometteuse qu'une série d'efforts isolés s'adressant uniquement aux individus (Bronfenbrenner, 1979 ; Labonté, 1994 ; Martin *et al.*, 2005).

Approche développementale

Il est largement reconnu que le développement humain est le résultat de l'interaction continue et réciproque entre un organisme actif et son environnement également actif (Weissberg, 1998 ; Coie *et al.* 1993 ; Ollendick 1999). Les facettes du développement humain sont si nombreuses qu'aucune théorie n'est capable de les englober toutes. Les écarts de conception, parfois considérables sont principalement dus aux dimensions du développement considérées et à la méthode employée pour l'étudier.

Le développement implique des changements systématiques, successifs et adaptés de la structure, du fonctionnement et du contenu des caractéristiques mentales, comportementales, sociales et interpersonnelles de l'individu. Les changements à un point dans le temps vont influencer les événements subséquents. Bien qu'il existe une trajectoire commune à tous les enfants, celle-ci est vue comme des séries de réorganisations qualitatives à l'intérieur et entre chacun des systèmes (Ollendick, 1999).

Une vulnérabilité résulte de la période de réorganisation. Le succès de cette réorganisation est largement conditionné par la réussite de l'individu dans la négociation de défis antérieurs. En revanche, la vulnérabilité est exacerbée chez ceux qui ont vécu une ou plusieurs expériences de l'échec au cours des défis précédents (Cicchetti, 1992 ; Durlack, 1997 ; Peterson, 1999). En conséquence, lorsqu'un enfant acquiert de la maturité et de l'expérience, il développe un répertoire varié et flexible de réponses et une capacité plus grande à gérer les événements (Weissberg, 1998).

La majorité des enfants et des adolescents va bénéficier des conditions nécessaires à un développement harmonieux. Toutefois, à chacun des stades de leur évolution, tous les jeunes vont être confrontés à une multitude de choix et de pressions extérieures pouvant influencer leur développement, leur santé, leur bien-être, leur réussite éducative et leur épanouissement personnel. Il existe un consensus autour des diverses compétences à développer chez les enfants et les adolescents afin de les rendre capables de maintenir leur santé et leur bien-être. Celles-ci seront présentées plus loin dans ce chapitre.

Enfin, l'une des contributions fondamentales de la théorie du développement dans la compréhension de la prévention des conduites à risque chez les jeunes a été l'identification de l'enfance et de la préadolescence comme périodes critiques pour l'acquisition de comportements à risque (White, 2002 ; Peterson, 1999). D'où l'importance d'agir tôt.

Psychopathologie du développement

L'intérêt premier de la psychopathologie du développement est l'explication de l'origine et du déroulé d'un problème donné, de ses précurseurs, de ses séquelles, de ses différentes manifestations, en lien avec le développement et le comportement adopté (Ollendick, 1999). Ainsi, chacune des périodes du développement humain (période prénatale, petite enfance, enfance, adolescence, période adulte) se caractérise par des expériences particulières, vécues au sein de différentes institutions sociales (famille, école, communauté) et avec différents membres de la communauté (parents, professeurs, pairs) (Coie *et al.,* 1993).

Cette approche est basée sur le fait que l'enfant doit, à chaque phase de son développement, utiliser ses ressources internes et externes pour répondre aux exigences de son développement (acquisition du langage, régulation de ses émotions, négociation des relations avec les pairs, etc.). S'il est capable de s'adapter avec succès à ces demandes, son développement suivra probablement une trajectoire normale. À l'inverse, une mauvaise adaptation peut le conduire vers une trajectoire psychopathologique.

La psychopathologie du développement s'intéresse aux facteurs qui augmentent la probabilité de l'apparition d'un problème durant le développement, c'est-à-dire aux facteurs de risque. Elle identifie aussi les facteurs de protection, c'est-à-dire ceux qui favorisent un développement harmonieux de l'enfant et de l'adolescent.

La notion de résilience renvoie au « phénomène manifesté par des sujets qui évoluent favorablement bien qu'ayant éprouvé une forme de stress qui, dans la population générale, est connu comme comportant un risque sérieux de conséquences défavorables ». Être résilient ne signifie pas simplement rebondir mais croître vers quelque chose de nouveau (Bouvier, 2006).

La résilience s'explique par l'action combinée de facteurs pouvant relever du profil génétique, du tempérament, des premiers attachements vécus par l'enfant dans sa famille, du moment de sa vie où survient le risque, de l'existence d'un contexte sécurisant ou d'une relation chaleureuse avec un adulte significatif (Cyrulnik, 1999, 2003 ; Katz, 1997, cité dans Cloutier et Tap, 2005).

L'étude de la résilience vise à connaître les mécanismes par lesquels certains enfants font face à un stress et une adversité, pour appliquer ces connaissances aux programmes de prévention et aux interventions visant à maximiser les compétences et l'adaptation sociale (Bouvier, 2006). Une meilleure compréhension de la résilience est porteuse de progrès potentiellement importants en matière de promotion de la santé mentale et de prévention de la psychopathologie chez l'enfant (Wolkow et Ferguson, 2001).

CARACTÉRISTIQUES DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Ainsi, le développement d'un individu est un processus éminemment complexe. Compte tenu de cette complexité, son étude a souvent été effectuée en isolant une sphère (cognition, langage, émotions, etc.) afin de mieux circonscrire les divers processus impliqués et les différentes étapes. Dans la réalité, les différentes sphères ne se développent pas en vase clos, mais interagissent constamment, le développement de l'une permettant celui de l'autre.

Les tableaux portant sur les caractéristiques du développement de l'enfant et de l'adolescent âgé de 6 à 17 ans sur les plans physique, cognitif, affectif, social, moral et sexuel sont présentés en annexe pages 111 à 114. Ils s'appuient sur l'état actuel des connaissances concernant l'aspect normatif du développement. Il s'agit de changements généraux intervenant au cours du développement, changements qui se retrouvent chez tous les enfants et les adolescents à peu près au même âge. L'aspect normatif ne doit toutefois pas faire perdre de vue l'aspect individuel du développement, qui lui, renvoie à la fois aux variations autour de la moyenne mais surtout à l'unicité de chaque individu. Une importance particulière a été accordée aux étapes charnières que les enfants et les adolescents franchissent au cours de leur cheminement scolaire, eut égard aux influences de ces étapes sur leur développement et leur adaptation sociale (Arcand, Daigle *et al.,* 1998 ; Cloutier, Gosselin, Tap, 2005).

DÉFIS DÉVELOPPEMENTAUX CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Un défi développemental regroupe un ensemble de tâches – liées à une sphère du développement – que tous les enfants et les adolescents doivent accomplir pour évoluer. Les apprentissages sont organisés autour de ces défis développementaux qui varient en fonction de l'âge.

En fait, les apprentissages sont ordonnés et surviennent selon une séquence logique où

une nouvelle capacité émerge d'une réorganisation des capacités acquises antérieurement. Les apprentissages se produisent de manière globale, c'est-à-dire que les acquis du développement physique, cognitif et socio-affectif sont reliés et soutenus par la maturation du cerveau. Bien que l'on constate généralement une forte stabilité et continuité dans l'évolution des enfants et des adolescents, chacun chemine à son propre rythme et les progrès ne sont pas nécessairement similaires dans chacune des sphères. La façon d'y parvenir, de même que l'issue, peuvent varier d'un enfant à l'autre. Ces différences sont liées aux caractéristiques de chacun, aux expériences vécues dans la famille et aux divers milieux que les enfants sont amenés à côtoyer (Poissant, Bordeleau, Desjardins, à paraître ; Schonkoff, 2001). D'où l'importance des périodes de transition.

L'adaptation à l'école primaire

Les enfants d'âge préscolaire vivent des expériences extrêmement importantes pour leur développement physique, affectif et social. La qualité d'attachement à leurs parents et les occasions de stimulation positive sont déterminantes pour eux (Jobin, 1997). La transition de la période préscolaire au primaire se caractérise principalement par le passage dans un environnement plus structuré et plus contraignant. L'enfant doit quitter un univers où les apprentissages se faisaient davantage par le jeu, pour pénétrer dans un monde où ils doivent se réaliser de façon plus structurée, organisée et mesurée et ce, à l'intérieur d'une période déterminée.

À leur entrée à l'école, les enfants sont exposés à une nouvelle communauté de pairs et d'adultes. De nouveaux défis s'imposent alors à eux (Cicchetti, 1992 ; Masten, 1998).

Certains enfants ont acquis un ensemble de compétences, sont motivés et nourrissent des perceptions positives d'eux-mêmes, ce qui facilite grandement l'apprentissage scolaire et le développement de relations sociales harmonieuses. À l'opposé, d'autres présentent des problèmes de régulation du comportement et montrent des attitudes négatives envers eux-mêmes et envers les autres, ce qui va miner la qualité de leurs apprentissages et leurs amitiés.

Un facteur important pour réussir l'épreuve de l'adaptation à l'école primaire consiste chez l'enfant à atteindre l'équilibre entre son besoin de développer des relations confiantes avec des adultes et son désir de se sentir libre d'explorer l'environnement. Le lien entre la réussite scolaire et l'adoption de comportements « gouvernés par des normes » (le milieu scolaire) est fortement documenté. L'échec scolaire peut engendrer la colère, la détresse ou un désengagement menant éventuellement à des comportements dérangeants ou une attirance envers des pairs qui présentent aussi des comportements perturbants. Ces comportements peuvent interférer avec l'apprentissage, l'acceptation du jeune par les enseignants et les pairs, ou encore conduire à des placements scolaires réduisant les opportunités pour l'apprentissage ou l'affiliation à des pairs compétents. L'implication des parents et la qualité de la relation parentale ont également été associées à l'adoption de conduites gouvernées par les règles (Masten, 1998).

Le développement de la compétence scolaire

La compétence scolaire est influencée par le quotient intellectuel, les croyances et les attitudes à propos de l'école, la perception des capacités scolaires et la motivation à réussir.

Les élèves qui croient que les capacités et la performance ne peuvent évoluer tendent à avoir de moins bons résultats. Les difficultés dans la réussite scolaire ont été également associées aux problèmes d'autorégulation liés à l'attention et aux comportements

impulsifs aussi bien qu'aux comportements perturbants. À réussite scolaire équivalente, les enfants qui présentent une prévalence plus élevée de troubles du comportement tendent à décrocher de l'école plus souvent que ceux qui n'ont pas ces problèmes.

Par ailleurs, la famille, l'école et les pairs influencent la compétence scolaire. Les parents décrits comme « démocratiques », c'est-à-dire fermes, chaleureux et avec des attentes élevées, ont été associés à la réussite scolaire de leur enfant et adolescent quel que soit leur statut socio-économique. Cette influence positive s'exerce à travers le contact direct de la famille avec l'école et par l'expression d'attitudes et de comportements tels que la valorisation de l'effort, du succès, l'encouragement à réussir et la participation aux travaux scolaires. Par ailleurs, les milieux scolaires qui font une promotion efficace de la réussite partagent plusieurs caractéristiques, incluant une mission claire, des instructions adéquates et de haute qualité, une attention au développement du personnel d'encadrement et un suivi attentif aux progrès des élèves. Pour certains enfants, les camarades peuvent être un déterminant plus puissant que leurs parents. Les pairs qui réussissent davantage peuvent influencer positivement le degré de satisfaction à l'école, les attentes et les notes.

L'adaptation à l'école secondaire

Le passage de l'école primaire à l'école secondaire constitue une transition importante pour l'adolescent. Il exige l'apprentissage de nouveaux rôles, la reconstruction d'un réseau de ressources et la réorganisation de ses perceptions du monde. Les changements sont considérables, particulièrement pour les jeunes de milieu urbain qui doivent s'accoutumer à une école souvent beaucoup plus grande, bureaucratique et impersonnelle.

Les jeunes doivent faire face à des demandes différentes et plus exigeantes concernant la discipline, le règlement intérieur et les matières enseignées dans l'établissement. Se faire accepter et aimer de plusieurs enseignants, rencontrer de nombreux adultes avec lesquels ils n'auront qu'un contact épisodique et se faire reconnaître par un nouveau groupe de pairs, représentent d'autres défis importants (Ayotte, document de travail, 2002).

Plusieurs chercheurs ont émis l'hypothèse que l'inadéquation entre les besoins engendrés par les développements physique, psychologique et interpersonnel de l'adolescent et les demandes du nouvel environnement scolaire serait à l'origine des troubles d'adaptation chez certains jeunes. Ces sources importantes de stress, lorsqu'elles sont combinées à des événements de vie négatifs, à la pauvreté en milieu urbain ou au fait de faire partie d'une minorité ethnique, augmentent leur vulnérabilité à court et à long terme (Ayotte, document de travail, 2002).

Le développement de relations positives avec les pairs

La façon dont les enfants s'entendent entre eux est un indicateur de leur compétence sociale. Une bonne réputation auprès des pairs laisse présager la compétence sociale future, la réussite, l'aptitude au travail, l'estime de soi et une meilleure santé mentale. À l'inverse, les comportements agressifs ont été associés au rejet d'enfants par leurs semblables, aux troubles externalisés comme le déficit d'attention et aux troubles de l'humeur. Ces conduites font craindre de piètres résultats scolaires, une mauvaise adaptation sociale future et de futures pratiques parentales négatives (Masten, 1998).

Ces enfants agressifs semblent traiter l'information de façon non adaptée, notamment en attribuant des intentions hostiles pouvant mener à des comportements défensifs négatifs ou à des agressions préventives contre les pairs. Les théories récentes

sur les enfants agressifs suggèrent que des problèmes dans l'autorégulation de l'attention et de l'émotion peuvent contribuer au développement de leurs problèmes sociaux (Masten, 1998).

Tout comme lors de la période précédente, les jeunes s'influencent entre eux de façon positive et négative, et ce, davantage au milieu de l'adolescence, tant au niveau des résultats scolaires et des comportements pro-sociaux, qu'en termes de consommation de drogue et de tabac ou encore de comportements délinquants. Toutefois, pour la plupart des adolescents, les pressions sociales positives sont les plus importantes (Crockett, 1993).

Les adolescents ne s'influencent pas entre eux sous l'effet de pressions coercitives mais parce qu'ils admirent et respectent les opinions de certains des leurs. La sensibilité à l'influence des pairs n'est pas uniforme parmi les adolescents. Elle est fonction de l'âge, de la personnalité et de l'histoire de socialisation de chacun.

Cette période de transition est importante pour la prévention des conduites à risque et l'adoption d'habitudes de vie favorables à la santé.

Le développement d'une identité autonome

Les transformations biologiques de la puberté, les changements psychologiques accompagnant une sexualité émergente, les modifications des relations avec la famille et les amis, l'émergence d'une pensée abstraite et la capacité à envisager plusieurs points de vue à la fois sont caractéristiques de la période critique de l'adolescence. L'obtention d'une identité autonome est un défi développemental majeur pour les adolescents.

Le catalyseur premier – et probablement le plus significatif – du processus d'établissement d'un soi autonome est la puberté. C'est la première étape dans la construction de l'identité sexuelle. Les perceptions de la famille et du groupe de pairs face aux changements corporels déterminent pour une grande partie les conceptions de l'identité sexuelle que les adolescents vont construire à l'intérieur de leurs représentations d'eux-mêmes (Duquet, 2003). Les changements hormonaux et la maturité physique précoce ou tardive jouent un rôle significatif dans l'adaptation.

À l'adolescence, le sentiment d'avoir sa propre identité, distincte de celles de ses parents et des personnes significatives, représente un objectif important du développement des « perceptions de soi ». Ce processus d'autonomisation implique de faire des choix quant à ses valeurs, croyances et buts au regard de nombreux domaines de sa vie personnelle et sociale, dont l'école, le travail, les amitiés, la sexualité, la vie spirituelle et la vie politique (Crockett, 1993). Le développement graduel de la pensée formelle amène l'adolescent à avoir une vision de lui-même plus abstraite, plus complexe à long terme. Il devient de plus en plus capable de percevoir ses caractéristiques psychologiques, de se comparer aux autres et de définir comment il doit être. Le concept de soi devient plus différencié. La quête de l'autonomie met en jeu les caractéristiques individuelles (le tempérament, les compétences) et environnementales (l'opportunité d'exercer son autonomie). Faute d'atteindre une telle autonomie, le développement d'un jugement personnel à l'occasion de décisions complexes de la vie est compromis (Ayotte, document de travail, 2002).

L'un des résultats les plus significatifs de ces quinze dernières années pour la recherche sur l'autonomie des adolescents a été de reconnaître que cette autonomie se développait dans le contexte de relations proches et soutenantes avec les parents et non pas au détriment des relations parentales, d'où l'importance d'intervenir aussi auprès de ces derniers.

COMPÉTENCES À DÉVELOPPER CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Une bonne compréhension des phases et des défis développementaux des enfants et des adolescents est nécessaire pour discerner les besoins particuliers liés à leur santé, leur bien-être et leur réussite éducative. La connaissance de leurs besoins permet d'identifier les compétences qu'ils doivent développer pour influencer positivement leur santé, bien-être et réussite.

Les compétences personnelles et sociales ou compétences de vie sont celles qui permettent à l'individu de faire face aux défis de la vie quotidienne. Il s'agit de prendre des décisions éclairées, de régler des problèmes, de faire preuve d'un esprit critique et créateur, de communiquer efficacement, de développer des relations positives et saines, de faire preuve d'empathie à l'égard de l'autre et d'aménager sa vie d'une façon productive (PAHO[6], 2001)

En conséquence, le développement de ces compétences personnelles et sociales module la capacité des enfants et des jeunes à adopter des comportements positifs face à leur santé et leur bien-être et à se protéger contre les conduites à risque. Il est par ailleurs important de choisir le moment approprié pour intervenir en fonction de la nature des compétences que l'on cherche à développer ou à améliorer et du stade de développement cognitif, physique, psychologique et social de l'enfant-adolescent.

Le lien fort entre le développement de ces compétences et la prévention des conduites à risque a été largement documenté notamment en matière de prévention de la grossesse à l'adolescence, de la toxicomanie et des troubles du comportement.

Les compétences personnelles et sociales

La description qui suit sur les compétences personnelles et sociales a été largement inspirée du Programme de formation de l'école québécoise, éducation préscolaire et enseignement primaire[7], et du Programme de formation de l'école québécoise, enseignement secondaire, premier cycle[8] (ministère de l'Éducation du Québec, 2001 ; 2004).

Savoir prendre des décisions

Pour prendre des décisions, il importe de saisir les enjeux liés à l'évaluation des conséquences et aux différentes options d'actions posées pour soi ou pour les autres. Les principales étapes du processus de prise de décision incluent : la définition du problème ; la collecte de données ; l'exploration de solutions à envisager ; la reconnaissance des conséquences possibles ; le choix et l'essai de la meilleure solution ; l'évaluation de la décision finale. Lorsqu'un enfant ou un jeune acquiert une solide compétence à prendre des décisions, on observe qu'il ressent un meilleur sentiment de contrôle sur sa vie, un meilleur sentiment d'efficacité personnelle et qu'il développe une estime de soi positive.

Savoir résoudre des problèmes

Présente dans toutes les sphères de l'activité humaine, la démarche de résolution de problèmes joue un rôle fondamental chez les enfants et les jeunes. L'apprentissage de cette compétence ne s'inscrit pas dans une démarche linéaire. Il faut d'abord savoir poser un problème ou reconnaître, dans une situation, les aspects qui servent à le définir. C'est le plus souvent par le tâtonnement, l'exploration de pistes variées, la mise à

---

6. Pan american health organisation.
7. www.meq.gouv.qc.ca/lancement/prog_formation/index.htm
8. www.mels.gouv.qc.ca/lancement/prog_formation_sec1ercycle/index.htm

l'essai d'hypothèses de solutions, les retours en arrière et le recadrage du problème que l'on parvient à construire une solution satisfaisante. Ceci exige l'exploration de multiples avenues, l'ouverture à diverses options, l'exploitation de ressources variées et une réflexion sur sa démarche. Il importe d'avoir une pensée créatrice et critique pour apprendre à résoudre des problèmes.

Savoir communiquer efficacement

La communication contribue largement à façonner les relations avec les autres dans un monde où les rapports sociaux sont complexes, en raison notamment de la diversité sociale, ethnique et culturelle. Étroitement liée à la structuration de la pensée, la compétence à communiquer est fondamentale pour la diffusion de connaissances, l'échange de points de vue, la confrontation d'idées et l'argumentation concernant des choix et des opinions. Sollicitée pour permettre le partage de pensées, de sentiments, d'émotions, d'intuitions, de perceptions et de valeurs, la communication constitue une voie privilégiée pour exprimer sa vision du monde et affirmer son identité personnelle, sociale et culturelle.

Connaître les barrières et savoir les surmonter, acquérir de l'assurance, défendre ses idées, ses positions, ses croyances et ses valeurs sans dénigrer ou blesser les autres, savoir refuser, savoir écouter, savoir gérer ses émotions et avoir conscience de soi sont des compétences nécessaires au développement d'une communication efficace.

Savoir résoudre des conflits et développer des relations positives

La capacité à résoudre des conflits repose sur l'acquisition de deux aptitudes sociocognitives intimement liées entre elles : la sensibilité au point de vue d'autrui et la résolution de problèmes interpersonnels. L'expression d'un désaccord vis-à-vis d'un pair nécessite la régulation des émotions et une capacité d'autocontrôle. Ces compétences se développent en augmentant la capacité des enfants et des jeunes à reconnaître les problèmes interpersonnels et les différentes manifestations de la violence qui s'exercent entre eux (physique, verbale et psychologique), en augmentant leur sensibilité au point de vue de l'autre, leur compréhension des conséquences négatives du comportement violent et finalement, en augmentant leur capacité à identifier des solutions alternatives au comportement dérangeant.

Savoir gérer son stress

L'influence du stress sur la vie des enfants et des adolescents dépend de la manière dont ils sauront le gérer. Ils doivent d'abord être familiarisés avec les manifestations du stress, les reconnaître et adopter les attitudes et les comportements appropriés pour composer avec les situations qui en sont à l'origine. En conséquence, l'utilisation de stratégies permettant de maîtriser le stress telles que l'adoption d'habitudes de vie favorables à la santé, l'apprentissage de la relaxation ou encore la capacité à demander de l'aide et du soutien sont souhaitables. L'augmentation de sa résistance (alimentation, sommeil, activité physique, relaxation, loisirs, détente) et la lutte contre les éléments stressants (connaissance de soi, gestion du temps, capacité de résolution de problèmes, affirmation de soi, réseau social soutenant) représentent les principaux objectifs à atteindre dans la maîtrise du stress.

Savoir se fixer des buts et les atteindre

Pour réaliser pleinement son potentiel, il importe de bien se connaître et de vouloir explorer ses capacités. C'est dans la mesure où le jeune est capable de découvrir ses forces et ses limites, de cerner ses aspirations et ses besoins et d'identifier les moyens de les combler qu'il apprend à se faire confiance, à prendre sa place parmi les autres et à assumer de façon autonome son propre développement.

Pour qu'un programme de promotion des compétences sociales soit efficace, son contenu doit satisfaire trois éléments fondamentaux : être signifiant pour le jeune, être adapté à son développement et être doté de méthodes pédagogiques impliquant une participation active de sa part.

EN RÉSUMÉ

Les enfants et les adolescents doivent faire face à de multiples situations, possibilités, contraintes et pressions extérieures susceptibles d'influencer leurs décisions face à leur cheminement personnel et social. Si la majorité d'entre eux relève ces défis avec succès, certains sont exposés à des risques, à des difficultés et à des problèmes pouvant affecter leur santé, leur bien-être et leur réussite éducative. Plutôt que de se focaliser sur les problèmes, il est proposé d'agir sur un ensemble de facteurs clés qui influencent les choix des jeunes et les problématiques qui les touchent. Certains de ces facteurs concernent le développement des aptitudes personnelles et sociales qui leur permettent de structurer leur identité, de faire face aux défis de la vie quotidienne, de construire leur vision du monde et de développer leur pouvoir d'action (Roberge, Choinière *et al.*, sous presse). Ces aptitudes modulent la capacité des jeunes à adopter des comportements positifs face à leur santé et leur bien-être et à se protéger contre les conduites à risque.

REPRÉSENTATION DE LA SANTÉ PAR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Avant de préciser la place des représentations de santé dans le processus d'éducation pour la santé, il semble important d'émettre deux remarques préalables. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises représentations de santé. Certaines affirmations, croyances ou opinions peuvent choquer, déranger ou prêter à commentaires. Toutefois, elles constituent une « vérité », une opinion personnelle pour celui qui les énonce et doivent être respectées comme telles. Il est indispensable de pouvoir en parler et éventuellement apporter les informations nécessaires pour permettre à l'individu de les modifier ou de les nuancer. Mais il y a lieu d'éviter tout jugement de valeur, surtout avec les adolescents. Par ailleurs, les représentations sont fortement influencées par la culture des pays et ce qui est vrai en France ne l'est pas nécessairement au Québec, en Belgique ou en Suisse.

LE CONCEPT DE REPRÉSENTATION SOCIALE

Selon Denise Jodelet (1989) « La représentation sociale est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ». La représentation est un ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou à une situation. Elle est déterminée à la fois par la personne elle-même (son histoire, son vécu) et par le système social et idéologique dans lequel elle est insérée. Forme de savoir, la représentation est repérable au niveau du langage et du comportement. Enfin, la représentation a une visée pratique : elle sert à agir sur le monde et sur autrui.

Ainsi, les représentations de la santé constituent « ce que les personnes ressen-

tent et pensent de la santé, de la prévention, c'est-à-dire la conception qu'elles en ont et ce qu'elles en font, leurs comportements et leurs conduites ».

Les représentations de la santé revêtent une double dimension fonctionnelle (Lufin, 1995) :

- elles fournissent un mode d'interprétation et de mise en ordre de la réalité ; il s'agit d'une construction active de l'expérience que nous vivons. Ainsi, la représentation que les gens ont de la santé leur permet de comprendre et d'expliquer – en lui attribuant des caractéristiques, des causes et des effets – cette réalité de la vie appelée « santé » ;
- elles expliquent les conduites des individus et des collectivités puisqu'elles « orientent et donnent un sens à nos pratiques de chaque instant. La représentation que nous avons de la santé nous dit comment nous comporter à l'égard de la santé et pourquoi le faire ainsi ».

C'est à travers le filtre de ses représentations de la santé que l'individu va sélectionner les éléments qui lui semblent pertinents et rejeter ceux qui ne sont pas cohérents avec ses croyances ou ses valeurs, puis qu'il va les organiser et les utiliser dans sa vie quotidienne.

CINQ BONNES RAISONS D'INTÉGRER LES REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ DANS TOUTE DÉMARCHE D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ À L'ÉCOLE[9]

Confronter la perception de la santé des jeunes à celle des adultes est un préalable nécessaire pour se lancer dans des actions de promotion de la santé. En effet, les adultes ne doivent pas projeter sur les jeunes leurs propres inquiétudes et passer ainsi à côté des préoccupations réelles des jeunes.

- **Partir des motivations réelles de l'élève**

L'exploration des représentations de la santé de l'élève par l'intervenant lui permettra de découvrir les valeurs, les motivations, les attitudes, les croyances, les images, etc. qui guident ses comportements. Il pourra ainsi mieux le connaître et donc mieux le comprendre. Pour l'élève, cette exploration servira à mieux prendre conscience des facteurs qui influencent ses modes de vie. Il pourra ainsi mieux percevoir en quoi il est responsable de sa santé et ce sur quoi il peut agir.

- **Utiliser un langage commun**

Chaque individu, chaque groupe social, possède ses propres images de la santé. Il est donc nécessaire d'établir, avant tout programme éducatif, un champ sémantique et un langage communs garantissant que l'on parle bien de la même chose au même moment.

- **Connaître les ressemblances, reconnaître les différences**

Parler « santé », c'est confronter ses propres représentations à celles des autres, reconnaître les différences, accepter leur légitimité.

- **Choisir les stratégies adaptées**

Les informations obtenues, une fois recoupées et comparées entre elles, permettront non seulement d'identifier les besoins, les attentes, les demandes des élèves, mais aussi de définir les stratégies, les personnes ressources, les méthodes les mieux adaptées et donc les plus efficaces.

- **Partir de la situation de l'élève**

Parmi les critères de qualité fondamentaux des programmes santé, l'Organisation mondiale de la santé pointe la double nécessité de « partir de l'enfant » et d'appliquer des méthodes actives privilégiant un apprentissage appuyé sur le vécu. Un travail sur les représentations de la santé en est la plus élémentaire illustration. Il permettra une intervention adaptée au niveau de développement intellectuel, affectif et mental de l'enfant.

---

9. Lufin, 1995.

LES PERCEPTIONS DE LA SANTÉ PAR LES ENFANTS ET LES JEUNES

Beaucoup d'études fournissent des informations et des comparaisons internationales d'ordre épidémiologique sur la santé des jeunes mais rares sont celles qui s'intéressent à la manière dont les enfants et les jeunes perçoivent la santé.

Une étude récente réalisée en France montre que dans ce pays, la santé est perçue par les jeunes avec plusieurs dimensions et des aspects très différents, mais qu'elle reste néanmoins pour eux « une » et globale. Les jeunes situent le concept « santé » au carrefour de trois axes majeurs : une bonne condition physique, le bien-être et l'absence de maladie. Ils ont une perception holistique de la santé et n'établissent aucune hiérarchie entre ces axes, les envisageant comme complémentaires et étroitement liés. Ils recréent ainsi sans la connaître la définition de la santé de l'OMS et y voient un concept à trois dimensions évoquées comme simultanées et interdépendantes : la dimension physique, la dimension psychique et la dimension sociale (et environnementale).

En cela, ils diffèrent de beaucoup d'adultes, parents ou professionnels de santé, pour qui les jeunes, ou bien sont en pleine forme – et n'ont donc pas besoin que l'on s'intéresse à leur santé –, ou bien cultivent risques et problèmes – et doivent donc être avertis, « prévenus », examinés et soignés –. Les jeunes ont une vision moins manichéiste et plus « sociale » de la santé : « être en forme, être bien dans sa peau, avoir des amis, bien se soigner… » (Pommier, Laurent et Deschamps, à paraître).

La perception de la santé comme un bien à préserver en vue de l'avenir n'apparaît qu'à la fin de l'adolescence. Auparavant, l'adolescent privilégie la satisfaction immédiate de ses désirs et considère la santé comme dépendante de facteurs extérieurs, ce qui le rend peu accessible au discours de la prévention.

La « mauvaise santé » est peu perçue par les jeunes comme une maladie au sens morbide du terme. Pour eux, elle apparaît plutôt comme synonyme d'une altération du bien-être de l'individu dans son rapport au monde et à lui-même. Ainsi, « être en mauvaise santé » se rapportera essentiellement à un désarroi affectif ou relationnel. En aucun cas la maladie n'est approchée comme un problème vécu personnellement en termes de souffrances, de douleurs, de handicaps… Dans le même ordre d'idées, la maladie est évoquée en termes de négation (« ne pas être malade »), de guérison ou de soin (hôpital, médicaments, soins, etc.).

EN RÉSUMÉ

L'ensemble des représentations d'un individu fonctionne comme un réseau stable, bien organisé, qui va opposer une résistance au changement. Cette résistance sera proportionnelle à l'importance du changement envisagé : plus l'information ou l'expérience à laquelle il est confronté seront éloignées de sa représentation des choses, plus le jeune aura tendance à les ignorer ou à les rejeter. Changer est réellement difficile… et ce, pour tout le monde… Il faut alors explorer les représentations qu'ont les jeunes de leur santé puisqu'elles constituent leur grille de lecture et qu'elles déterminent leur manière d'agir. Il faut non seulement les mettre en évidence mais aussi s'intéresser à tous les facteurs qui contribuent à les forger : habitudes personnelles, familiales et culturelles, image que les jeunes ont d'eux-mêmes, goûts, préoccupations, inquiétudes, projets des jeunes, etc.

Les comportements à risque des enfants et des adolescents : définition, classification et fréquence

Dans ce chapitre, nous définirons le concept de « comportements/conduites à risque » et nous présenterons une classification des différents comportements que nous avons considérés, dans le cadre de cet ouvrage, comme problématiques. Des chiffres issus d'études menées au niveau international viendront compléter ces deux points.

Pour commencer, il semble opportun de présenter la définition du « comportement à risque » telle qu'elle apparaît dans le *Glossaire de la promotion de la santé* édité par l'Organisation mondiale de la santé en 1999. Le comportement à risque y est défini comme un « comportement dont on a constaté qu'il est lié à une vulnérabilité accrue à l'égard [...] de certains problèmes de santé. On peut soutenir que presque tous les comportements ou toutes les activités d'un individu ont des effets sur son état de santé [...]. Une distinction est établie entre les comportements en matière de santé et les comportements à risque, qui sont des comportements liés à une vulnérabilité accrue à l'égard d'une cause déterminée de mauvaise santé. Les comportements en matière de santé et les comportements à risque sont souvent liés entre eux dans un ensemble plus complexe de comportements appelés "modes de vie". »

Cette définition est à compléter par les apports de David Le Breton (2003) et de Pierre-G. Coslin (2003). David Le Breton précise que « Les conduites à risque consistent en l'exposition du jeune à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril [...] » et qu'« elles altèrent en profondeur ses possibilités d'intégration sociale ».

Pierre-G. Coslin (2003) insiste quant à lui sur le fait que ces comportements sont « susceptibles d'entraîner des effets dangereux, tant pour lui-même (le jeune) que pour les autres [...] », qu'ils peuvent être « empreints de déviance sociale » mais aussi qu'ils peuvent constituer « une infraction à la loi ou des inadaptations à la vie scolaire [...] ».

L'encadré ci-contre résume les comportements que nous avons choisis de considérer comme dangereux. Ce choix s'est fait sur la base de ce qui est communément admis dans la littérature scientifique lorsque l'on parle de « comportements/conduites à risque chez le jeune ». La toile de fond de cette classification est celle proposée par Jean-Pascal Assailly en 2003.

Avant de les développer, il est important de nuancer cette classification. En effet, les comportements énoncés ci-dessus peuvent se manifester à des degrés divers selon les contextes. Comme le souligne David Le Breton (2003), certaines conduites à risque « inscrites dans la durée s'instaurent en mode de vie, deviennent des addictions », tandis que « d'autres marquent un passage à l'acte ou une tentative unique liée aux circonstances [...] ». Retenons que l'« on peut remarquer que les conduites à risque vont souvent de pair avec la quête d'autonomie et la recherche d'indépendance : l'acquisition de l'indépendance suppose, en effet, l'engagement dans le risque (Assailly, 1997). Comme le remarque Jacques Selosse (1998), ces conduites se situent à l'interface du connu et de l'inconnu, du permis et de l'interdit, du licite et de l'illicite ; s'opposant fréquemment aux normes et transgressant les règles, elles permettent, grâce au dépassement de soi, d'apprécier la signification réelle des conduites sociales et individuelles. Cet engagement manifeste une volonté de contrôler son environnement, mais aussi son propre comportement, et en ce sens est appréhendé par le jeune comme une étape cruciale à son autonomisation » (Coslin, 2003). Notons encore que « [...] la comorbidité est plutôt la règle que l'exception. Selon Joy G. Dryfoos (1990), les résultats des travaux américains permettent de conclure que 10 % des enfants sont à haut risque de problèmes multiples, 15 % à haut risque de deux ou trois problèmes et 25 % à risque modéré d'un seul problème d'adaptation psychosociale. Le terme « problème » renvoie ici à une grande variété de difficultés : la grossesse chez l'adolescente, la délinquance, le décrochage scolaire, l'abus de substances psychotropes [...] » (Vitaro et Gagnon, 2003). Dès lors, quel que soit leur niveau de manifestation – du « simple essai » à « l'inscription dans la durée » –, les conduites à risque doivent être prévenues car, comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, d'autres moyens existent pour que le jeune puisse se construire et se développer sans « nuire » à sa santé et à son bien-être.

Après avoir nuancé les notions de conduites à risque, il nous reste à apporter quelques précisions sur les données qui ont été choisies pour illustrer certaines d'entre elles. Bien qu'elles ne se limitent pas aux jeunes de plus de dix ans et bien que chaque pays possède éventuellement ses propres données sur des conduites à risque particulières ; nous avons choisi de ne présenter ici, et ceci dans un souci de comparaison, que quelques données issues des enquêtes HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) et Espad (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*)[10].

COMPORTEMENTS À RISQUE PRIS EN CONSIDÉRATION DANS CET OUVRAGE

- L'usage de substances psychoactives licites ou illicites telles que l'alcool, le tabac et le cannabis
- La violence, qu'elle soit dirigée contre soi ou contre les autres
- Les comportements dangereux sur la route
- Les pratiques sportives à risque
- Les comportements sexuels à risque

10. Ces deux enquêtes s'intéressent aux comportements des jeunes scolarisés. Pour HBSC, la population échantillonnée concerne les 11, 13 et 15 ans tandis qu'Espad s'intéresse aux jeunes dans leur 15e année. HBSC et Espad sont donc réalisées en milieu scolaire. HBSC a lieu tous les quatre ans depuis 1982 en partena-

L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES LICITES OU ILLICITES

Parler de consommation de substances licites ou illicites sous-entend, entre autres, de parler de la consommation de tabac, d'alcool ou de médicaments psychotropes (Currie *et al.*, 2004) mais aussi de la consommation de cannabis, d'amphétamines, de LSD ou d'autres hallucinogènes, de crack, de cocaïne, d'ecstasy ou d'héroïne (Hibell *et al.*, 2004). En 2003, parmi les jeunes de 16 ans interrogés dans le cadre de l'enquête Espad, 33 % des Belges, 38 % des Français et 41 % des Suisses ont déclaré avoir déjà consommé au moins une fois au cours de leur vie une substance illicite[11]. Il est vrai que « les recherches révèlent que la majorité des adolescents font l'expérience d'une gamme variée de substances psychotropes, mais que la plupart n'en abusent pas » (Vitaro et Gagnon, 2000). En effet, la majorité de ces jeunes disent avoir consommé une ou deux fois contre 16 % de Suisses, 15 % de Français et 11 % de Belges qui disent avoir consommé plus de vingt fois au cours de leur vie[12]. Il convient de préciser ici que ces prévalences concernent quasi-exclusivement le cannabis à l'âge de 16 ans. À la fin de l'adolescence, l'usage régulier d'autres substances tels que l'ecstasy ou la cocaïne apparaît à peine puisqu'il concerne environ 1 % des jeunes (Beck *et al.*, 2006)

La communauté scientifique internationale, suivant en cela l'Organisation mondiale de la santé et l'Association américaine de psychiatrie, s'accorde aujourd'hui pour reconnaître trois comportements distincts de consommation de substances : l'usage, l'usage nocif et la dépendance (Parquet, 1998). Toutefois « en raison du caractère illicite de l'alcool pour les mineurs et du caractère illégal des psychotropes en général, le simple usage peut être considéré comme un abus par certains auteurs. D'autres distinguent le simple usage d'une véritable consommation problématique. Ainsi toute définition ou tout diagnostic de surconsommation ou d'abus de consommation chez les jeunes demeure un sujet de controverse [...] »(Vitaro et Gagnon, 2000).

Ainsi, cet ouvrage ne fera pas cette distinction par la suite, considérant qu'une consommation, quelque soit son intensité « peut avoir des conséquences graves qui méritent qu'on s'en préoccupe [...]. Par exemple l'abus d'alcool chez les adolescents est associé à un taux plus élevé d'accidents automobiles (Perrine, Peck et Fell, 1988), de suicides (Berman et Schwartz, 1990) et d'activités sexuelles non protégées qui entraînent des grossesses précoces ou des infections au VIH (Leigh et Stall, 1993). La violence envers les personnes ainsi que les actes délictueux (Miczek, de Bold, Haney, Tidey, Vivian *et al.*, 1994) sont également associées à l'abus d'alcool [...] en plus des effets bien connus que la cigarette et certaines drogues peuvent avoir sur la santé physique, celles-ci peuvent entraîner une chute dans les résultats et la motivation scolaires (Newcomb, Maddahian et Bentler, 1986) » (Vitaro et Gagnon, 2000).

Nous allons nous intéresser à présent plus particulièrement aux trois substances

---

riat avec le bureau régional Europe de l'Organisation mondiale de la santé. Elle vise à mieux appréhender la santé et le bien-être des jeunes, leurs comportements de santé ainsi que le contexte social dans lequel ils évoluent. L'édition 2001/2002 s'est déroulée dans 35 pays (ou régions) dont la Belgique, le Canada, la France et la Suisse. Un peu plus de 160 000 jeunes ont été interrogés. Voir www.hbsc.org/index.html [Consulté pour la dernière fois le 1er mai 2007].

L'enquête Espad a pour sa part lieu tous les quatre ans (dernière édition en 2007). Son objectif principal est de surveiller les tendances dans les habitudes de consommation d'alcool et d'autres drogues parmi les élèves européens. En 2003, plus de trente pays européens parmi lesquels la Belgique, la France et la Suisse y ont participé. Au total, plus de 100 000 jeunes ont été interrogés. Voir www.espad.org/ [Consulté pour la dernière fois le 1er mai 2007].

11. La liste des substances illicites dont il est question dans Espad est la suivante : marijuana, hachisch, amphétamines, LSD ou autres hallucinogènes, crack, cocaïne, ecstasy ou héroïne.

12. En ce qui concerne les différences par genre, on observe que les garçons sont plus nombreux que les filles à rapporter ce type de comportement (Hibell *et al.*, 2004).

dont les consommations sont les plus fréquentes chez les jeunes : le cannabis, le tabac et l'alcool.

LE CANNABIS

Le cannabis est devenu en quelques décennies la troisième substance psychoactive utilisée par les jeunes du monde occidental, derrière le tabac et l'alcool (Hibell *et al.*, 2000 cités par Currie *et al.*, 2004 ; Johnston *et al.*, 1999 cités par Currie *et al.*, 2004). Il semble que l'augmentation de l'expérimentation du cannabis par les jeunes dans tout l'Occident puisse être rattachée à une tendance plus globale qui concernerait toutes les drogues illicites : les jeunes sont de plus en plus nombreux à consommer des drogues non institutionnelles et semblent le faire de plus en plus précocement[13]. Lorsque l'on interroge les jeunes sur leur consommation de substances illicites – sans préciser la substance –, on observe que les prévalences (41 % pour les Suisses, 38 % pour les Français et 32 % pour les Belges) sont proches de celles rapportées pour le cannabis (40 % pour les Suisses, 38 % pour les Français et 33 % pour les Belges). On peut dès lors en conclure que c'est surtout cette substance qui est consommée par les jeunes interrogés. En effet, 80 % des étudiants qui disent avoir déjà essayé une substance illicite rapportent que c'est le cannabis qui a été la première drogue testée. L'initiation a lieu aux alentours de la 15e année (Beck *et al.*, 2007a). Par contre, l'utilisation du cannabis « durant les trente derniers jours[14] » indique quant à elle une habitude active et continue. Les prévalences rapportées valent respectivement 22 % pour les Français, 20 % pour les Suisses et 17 % pour les Belges (Hibell *et al.*, 2004). Les recherches dans le domaine tendent à montrer que l'usage modéré peut ne pas nuire au bon fonctionnement social (Shedler et Block, 1990, cités par Currie *et al.*, 2004 ; Engels et Ter Bogt, 2001, cités par Currie *et al.*, 2004) tandis que l'usage fréquent peut être un indicateur de problèmes comportementaux, aussi bien internalisés qu'extériorisés, comme la dépression, la prise de risque et la déviance (Kandell, 1997, cité par Currie *et al.*, 2004), mais ceci est surtout vrai chez les jeunes adultes (Beck *et al.*, 2007b). Les jeunes qui rapportent un usage fréquent à cette étape de leur vie sont donc à risque en termes d'effets négatifs sur la santé et de conséquences sociales défavorables.

LE TABAC

Si la plupart des morts attribuables au tabac ne surviennent qu'à l'âge adulte, « l'usage du tabac et du cannabis à l'adolescence peut avoir des répercussions à court terme sur la fonction pulmonaire et causer des problèmes respiratoires » (*Center for Diseases Control and Prevention*, 1994, cité par Vitaro et Gagnon, 2000). Nous savons que les habitudes tabagiques s'acquièrent à l'adolescence et que les jeunes qui commencent à fumer risquent de devenir dépendant au tabac avant d'être adultes. Ils sont dès lors susceptibles d'avoir plus de difficultés à arrêter de fumer et d'avoir plus de risques de développer des pathologies liées au tabac. À l'inverse, plus l'entrée dans le tabagisme est retardée, moins le fumeur risque de devenir dépendant. Parmi les jeunes de 15 ans, la moyenne d'âge du premier essai tabagique est de 12,5 ans. Le tableau I ci-après montre que c'est parmi les fumeurs journaliers que l'âge d'expérimentation est le plus bas et ce, pour les filles comme pour les garçons.

Lorsque l'on aborde le comportement tabagique dans une perspective de « style de vie », on observe qu'il est aussi associé

---

13. Les autres drogues, si elles sont globalement concernées par cette augmentation, ont des taux de prévalence de loin inférieurs à ceux du cannabis.

14. Sous-entendu les trente jours qui ont précédé l'enquête.

TABLEAU I

Âge moyen d'expérimentation parmi les trois groupes de « comportements tabagiques »[a] chez les jeunes de moins de 15 ans dans l'enquête HBSC 2001-2002

	Non-fumeur		Fumeur hebdomadaire		Fumeur journalier	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Belgique	12,1	12,6	12,1	11,7	12,0	11,6
Canada	12,2	12,8	12,4	11,7	12,2	11,4
France	12,1	12,4	12,2	12,0	12,1	11,9
Suisse	12,2	12,8	12,6	11,8	12,5	11,5
Moyenne HBSC	12,8	12,1	12,6	11,9	12,4	11,7

a. Pour des raisons méthodologiques, cette question n'a été posée qu'aux jeunes de 15 ans.

à d'autres types de comportements à risque, comme l'utilisation de drogues illicites, la consommation d'alcool (Guilbert *et al.*, 2004). Par exemple, les jeunes fumeurs sont trois fois plus susceptibles d'être des consommateurs d'alcool réguliers et huit fois plus enclins à consommer du cannabis que les non-fumeurs (Lamkin et Houston, 1998, cités par Currie *et al.*, 2004). Enfin, on soupçonne la consommation de tabac d'être un précurseur/facilitateur de la consommation d'autres substances (Kandel, 2002, cité par Currie *et al.*, 2004).

L'ALCOOL

La consommation d'alcool fait partie de la culture de la plupart des 35 pays et régions participant à l'étude HBSC (OMS, 1999, cité par Currie *et al.*, 2004), même si les habitudes d'alcoolisation s'avèrent très différenciées d'un pays à l'autre. Pour les jeunes vivant dans ces pays et régions, les adultes, les pairs, les frères et sœurs ainsi que les médias servent de modèles en ce qui concerne la consommation d'alcool (Petraitis *et al.*, 1998, cités par Currie *et al.*, 2004).

Une analyse faite avec les données HBSC de 1998 montrait que les garçons de 11 ans qui disaient boire de l'alcool chaque jour le faisaient en famille, l'alcool y étant présent à table quotidiennement. Il faut toutefois relativiser ce résultats par le fait que l'usage quotidien d'alcool à 11 ans est rarissime, mais même s'il s'agissait de bière peu alcoolisée ou de vin coupé d'eau, c'est bel et bien un exemple de socialisation familiale d'un type de consommation de produits psychoactifs. Le résultat d'une telle socialisation n'est pas forcement négatif dans la mesure où elle peut permettre l'apprentissage d'un usage modéré et contrôlé de ce produit (Piette *et al.*, 2003).

L'âge moyen de la première consommation d'alcool se situe aux environs de 12 ans pour les garçons[15] et de 13 ans pour les filles[16]. En ce qui concerne la première ivresse, l'âge moyen est d'environ 13,5 ans pour les garçons[17] et de presque 14 ans pour les filles[18] (Currie *et al.*, 2004). Notons aussi qu'un peu plus d'un tiers (39,8 %) des garçons et un peu moins d'un tiers (31,4 %) des filles âgés de 15 ans[19] ont déclaré avoir déjà été ivres deux fois ou plus (Currie *et al.*, 2004). La plupart des jeunes qui rapportent un tel comportement font référence à des événe-

15. 12,0 ans pour les Belges ; 12,7 ans pour les Canadiens, 12,3 ans pour les Français et 12,7 ans pour les Suisses.
16. 12,4 ans pour les Belges ; 13,1 ans pour les Canadiennes, 12,9 ans pour les Françaises et 13,1 ans pour les Suisses.
17. 13,4 ans pour les Belges ; 13,5 ans pour les Canadiens, 13,5 ans pour les Français et 14,0 ans pour les Suisses.
18. 13,7 ans pour les Belges ; 13,9 ans pour les Canadiennes, 13,8 ans pour les Françaises et 14,1 ans pour les Suisses.
19. Moyenne HBSC 2001/2002.

ments récents[20] (Hibell *et al.*, 2004). Notons que lors de l'étude Espad de 2003, 9 % des jeunes Suisses, 8 % des jeunes Belges et 3 % des jeunes Français ont déclaré avoir été ivres trois fois ou plus au cours des trente jours qui ont précédé l'enquête.

Chez les jeunes, l'alcool consommé de manière excessive est responsable de décès (principalement par intoxication), d'accidents de la route (en particulier) ou d'actes de violence (Murray et Lopez, 1997, cités par Currie *et al.*, 2004). Parmi les conséquences les plus graves de la consommation d'alcool dans cette population, se trouvent les blessures (intentionnelles ou non) et leurs séquelles (tels les handicaps). De plus, des actes aux conséquences sociales négatives peuvent être associés à une forte consommation : agressions, absentéisme et démotivation scolaire, tentatives de suicide, rapports sexuels imprévus et non-protégés ou violences sexuelles (Pekins, 2002, cité par Currie *et al.*, 2004 ; Wechsler *et al.*, 1994, cités par Currie *et al.*, 2004). Cependant, il semble que dans l'esprit des adolescents, les effets bénéfiques de l'alcool à court terme prévalent sur ses conséquences négatives à court et à long terme. Il est vrai que la publicité associe souvent l'alcool à une variété de bénéfices qui plaisent aux jeunes : la camaraderie, l'aspect viril, l'attrait sexuel, l'évasion et l'aventure, etc. Il est très rare que les médias montrent les images des conséquences négatives de l'alcool comme les « gueules de bois », les accidents et la violence (Atkin, 1993, cité par Currie *et al.*, 2004).

En ce qui concerne la consommation hebdomadaire de boissons alcoolisées, on observe une augmentation des pourcentages entre les jeunes de 11, 13 et 15 ans (voir tableau II).

TABLEAU II

Pourcentage de jeunes (par sexe) qui déclarent consommer des boissons alcoolisées de manière hebdomadaire dans l'enquête HBSC 2001-2002

	Âgés de 11 ans		Âgés de 13 ans		Âgés de 15 ans	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Belgique	6,3	10,5	8,3	16,1	22,4	35,6
Canada	2,3	5,4	9,0	14,1	22,7	33,6
France	1,9	6,1	4,6	8,6	11,1	22,7
Suisse	1,2	3,3	5,7	12,8	27,6	39,1
Moyenne HBSC	3,0	7,3	9,2	15,3	23,9	34,3

LA VIOLENCE DIRIGÉE CONTRE SOI OU CONTRE LES AUTRES

Les comportements violents manifestés par un individu peuvent être dirigés contre lui-même ou contre les autres.

LA VIOLENCE DIRIGÉE CONTRE SOI

Cette forme de violence sous-entend les comportements suicidaires. Ils regroupent à la fois les comportements humains qui augmentent la probabilité de décès à moyen terme mais ne précipitent pas la mort à court terme ou ne causent pas de traumatismes physiques dans le futur immédiat, les tentatives de suicide – qui sont des actes intentionnels posés par les personnes dans le but

20. Comme pour le cannabis, on observe des prévalences « *lifetime* » et « durant les douze derniers mois » assez similaires.

de se suicider mais qui n'aboutissent pas à la mort –, et enfin le suicide (Mishara et Tousignant, 2004).

Que cela soit en Belgique, au Canada, en France ou en Suisse[21], le suicide[22] est la deuxième cause de décès (il vient après les accidents de transports) chez les 15-24 ans. En Belgique par exemple, la mortalité moyenne[23] attribuable au suicide est de 16 pour 100 décès, ce qui signifie que pour 100 décès parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 16 sont le fait d'un suicide complété[24]. Notons que Xavier Pommereau (2005) rapporte une proportion identique pour les jeunes Français. Chez les enfants de moins de 15 ans, les taux sont globalement très faibles bien qu'en augmentation depuis les années 1960. Cette augmentation est associée à une puberté plus précoce. Ce fait s'observe aussi pour les comportements sexuels ainsi que pour la consommation d'alcool et/ou de drogues (Saint Laurent, 2005, citée par Senterre *et al.*, 2006).

En terme de morbidité suicidaire, aucun pays ne recense actuellement les tentatives de suicide ; seules des enquêtes spécifiques permettent d'évaluer le phénomène[25]. Retenons seulement que, selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, quel que soit l'âge pris en considération, on dénombre dix à vingt tentatives de suicide pour un suicide complété (OMS, 2002 cité par Senterre *et al.*, 2006).

Comme le souligne Marie Choquet (1998, citée par Pommereau, 2005), les idées suicidaires – dont la gravité dépend autant de la récurrence que de l'intensité – ont été moins souvent étudiées que la mortalité ou la morbidité suicidaire. Jugées jadis comme « banales » à l'adolescence, elles sont actuellement considérées comme un motif suffisant d'inquiétude, voire de prévention et d'intervention. Dans l'enquête nationale française de 2002, 18 % des garçons et 33 % des filles reconnaissent avoir eu des idées de suicide durant les douze derniers mois qui ont précédé l'enquête (Beck et Legleye, 2003). Ce qui représente un garçon sur cinq et une fille sur trois. Ces chiffres concordent avec ceux relevés, notamment au Québec : respectivement 21 % pour les garçons et 37 % des filles de la même tranche d'âge (Breton, 1993, cité par Pommereau, 2005). Grâce au *Baromètre santé 2005*, on observe également que si la survenue de pensées suicidaires apparaît très élevée au moment de l'adolescence, elle diminue rapidement à partir de 20 ans (Guilbert et Gautier, 2006).

LA VIOLENCE DIRIGÉE CONTRE LES AUTRES

La violence est définie comme « l'usage délibéré de la force physique ou de la puissance [...] contre une autre personne [...], qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence » (Krug *et al.*, 2002, cités par Godeau *et al.*, 2005). « Ainsi envisagé, le concept de violence couvre un champ d'une vaste ampleur qui comprend la violence scolaire, qui après avoir été longtemps passée sous silence, est devenue ces dernières années l'un des aspects les plus médiatisés. Cette dernière est maintenant considérée comme un véritable problème dans de nombreux pays. Diverses recherches récentes ont établi que même les violences mineures n'étaient pas sans conséquences. Ainsi, Debra J. Pepler et Wendy Craig (2000) estiment que les brimades, malgré leur caractère apparem-

21. Comme dans la plupart des pays.
22. L'épidémiologie du suicide intègre et articule trois composantes : la mortalité suicidaire, qui objective le nombre de décès par suicide, la morbidité suicidaire, ou taux de tentatives de suicide, qui mesure l'ampleur des actes suicidaires et l'idéation suicidaire qui mesure le nombre de fois où l'individu a eu des idées de suicide, de passages à l'acte (Senterre *et al.*, 2006).
23. Sur la base de la mortalité entre 1987 et 1997.
24. C'est-à-dire un suicide « abouti », ayant entraîné la mort.
25. En extrapolant les données recueillies sur la base d'un échantillon à l'ensemble d'un territoire.

ment bénin, méritent une attention particulière car leurs auteurs risquent de s'ancrer dans des comportements qui, en associant mésusage du pouvoir et agressivité, peuvent conduire par la suite au harcèlement sexuel ou professionnel ainsi qu'à divers abus. » (Godeau *et al*., 2005). « Les résultats des recherches concernant les conséquences des actes répétés d'intimidation ou de « taxage[26] » chez les jeunes de tous âges sont éloquents :

1) les jeunes qui éprouvent déjà des problèmes [...] (faible estime de soi, anxiété/peur, sentiment de solitude [...]) tendent à connaître une aggravation de ceux-ci ;

2) la grande majorité des victimes vivent une détresse psychologique ;

3) plusieurs jeunes se désintéressent de l'école allant même jusqu'à abandonner leurs études (Craig, 1998 ; Hodge et Perry, 1999 ; Kochenderfer et Ladd, 1996 ; Olweus, 1992, 1993 ; Rigby, 1999).

Anthony D. Pellegrini (1998) précise que, quel que soit le profil psychologique ou comportemental (intimidé/soumis ou agressif) de la victime, celle-ci subira des séquelles importantes qui, dans certains cas, se révèleront dramatiques » (Vitaro et Gagnon, 2000).

Par ailleurs, on a noté une tendance à la transmission transgénérationnelle des violences et des brimades subies en milieu scolaire, ainsi que des répercussions sur la santé : les victimes souffriraient plus que les autres d'anxiété, de dépression et d'atteintes de l'estime de soi » (Godeau *et al*., 2005).

La moyenne HBSC 2001/2002 nous indique qu'un peu plus de 10 % des garçons de 11 ans (11,5 %) et un peu plus de 15 % des garçons de 13 ans (16,4 %) et de 15 ans (18,1 %) ont déclaré avoir deux ou trois fois « brimé »[27], « cherché » ou « provoqué » quelqu'un durant les deux mois précédant l'enquête. Chez les filles, ces pourcentages sont moins élevés – ils ne dépassent jamais les 10 % – et ce quel que soit l'âge (5,5 % à 11 ans, 8,4 % à 13 ans et 7,8 % à 15 ans). Si l'on s'intéresse aux élèves brimés, on observe toujours des pourcentages plus élevés chez les garçons par rapport aux filles mais ces pourcentages diminuent à mesure que l'âge augmente. En effet, si 16,4 % des garçons de 11 ans ont déclaré avoir été brimés deux ou trois fois durant les deux mois qui ont précédé l'enquête, les garçons de 13 ans ne sont plus que 15,4 % à le rapporter et les garçons de 15 ans, 10,7 %. Pour les filles, les pourcentages valent respectivement 12,8 % pour les 11 ans, 12,4 % pour les 13 ans et 8,4 % pour les 15 ans (Currie *et al*., 2004). Au-delà de ces comportements de « brimade », 10 % des jeunes[28] ont rapporté avoir été impliqués dans au moins trois bagarres au cours de l'année écoulée avant l'enquête. Si l'on regarde ce qui se passe par sexe, on observe aussi – comme c'était le cas pour les brimades – que les pourcentages diminuent avec l'âge et que les garçons sont plus souvent impliqués que les filles (voir le tableau III ci-après)

Si l'on intègre les trois notions – « brimer », « être brimé » et « bagarre » –, on constate que globalement, 35 % des jeunes n'ont aucun comportement violent. Par contre, 10 % sont des victimes – ils sont brimés –, 14 % sont des bagarreurs, 8 % sont des brimeurs, 9 %

---

26. On parle de taxage lorsqu'un jeune ou un groupe de jeunes tente d'extorquer de l'argent ou un bien à un autre jeune en l'intimidant ou en le menaçant.

27. Contrairement au terme « *bullying* », dont la compréhension pose peu de problèmes aux élèves anglo-saxons, celui de « brimade » (ou son équivalent dans les autres langues de l'enquête) n'est pas suffisamment courant [...]. Aussi le réseau de chercheurs HBSC a-t-il fait le choix d'en donner préalablement une définition, afin de minimiser les problèmes suscités par la traduction. Le questionnaire précisait donc : « On dit qu'un élève est brimé lorsqu'un élève (ou un groupe d'élèves) lui di(sen)t ou lui font des choses méchantes ou qui ne lui plaisent pas. On parle aussi de brimade quand on se moque de manière répétée d'un élève d'une façon qui ne lui plait pas, ou quand on le met délibérément de côté. Par contre, si deux élèves de la même force se disputent ou se battent, on ne peut pas dire que l'un d'entre eux est brimé. De même, on ne parle pas de brimade quand on plaisante pour s'amuser ou de manière amicale » (Godeau *et al*., 2005).

28. Parmi l'ensemble des participants à l'étude 2001/2002.

TABLEAU III

Pourcentage de jeunes (par sexe) qui ont déclaré avoir été impliqués trois fois ou plus dans une bagarre au cours des douze mois précédant l'enquête

	Âgés de 11 ans		Âgés de 13 ans		Âgés de 15 ans	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Belgique	13,3	35,0	9,1	23,8	9,4	20,0
Canada	6,1	20,1	7,8	13,8	4,5	11,5
France	4,9	22,9	5,3	20,3	4,4	19,6
Suisse	4,3	20,0	2,3	13,3	3,2	13,8
Moyenne HBSC	4,8	18,4	4,3	14,3	3,4	11,8

sont à la fois des bagarreurs et des brimeurs et enfin 24 % sont des jeunes qui sont « les trois à la fois », c'est-à-dire qu'ils ont été impliqués dans une ou des bagarres et qu'ils sont auteurs mais aussi victimes de brimades (Currie *et al.*, 2004).

LES COMPORTEMENTS DANGEREUX SUR LA ROUTE

L'accident – qu'il soit de la route ou non – est le problème de santé publique le plus important chez les enfants et les adolescents. « La mortalité accidentelle augmente avec l'âge tout au long de l'enfance, culmine chez l'adolescent et le jeune adulte pour décliner ensuite fortement » (Coslin, 2003). Une illustration de ce propos est l'exemple de la mortalité par accident de la route qui vaut en moyenne[29] 2 pour 100 000 habitants chez les moins de 14 ans, 19,2 chez les 15-24 ans et 9,8 chez les plus de 25 ans (Irtad[30], 2003).

Les comportements dangereux sur la route englobent la vitesse excessive, les conduites routières imprudentes, les courses sauvages de moto ou de voiture, les alcoolémies illégales, le non-port de la ceinture ou du casque, le non-respect du code de la route (Coslin, 2003) mais aussi la conduite sous influence de substances psychoactives légales ou illégales. Notons comme exemple, que 20 à 40 % des jeunes conducteurs reconnaissent avoir déjà conduit un véhicule après avoir bu des boissons alcoolisées (Coslin, 2003).

Les études ont montré que « les jeunes conducteurs risquent plus d'avoir un accident que les conducteurs plus âgés (Baldo *et al.*, 2003). Les risques d'accident sont également plus élevés pour les jeunes hommes au volant. Il est établi que, dans les pays industrialisés, les hommes, et plus particulièrement les jeunes dans les premières années qui suivent l'obtention du permis, ont plus d'accidents que les femmes [...] (Aare, von Holst, 2003) [...]. Le risque plus élevé tient aux facteurs suivants : schémas de mobilité et caractéristiques du véhicule [...] ; caractéristiques psychologiques, comme la recherche de sensations fortes ou une confiance aveugle ; alcool moins bien toléré que chez des personnes plus âgées ; vitesse excessive ou inappropriée, ce qui est l'erreur la plus commune chez les jeunes. La conduite de nuit est aussi un facteur d'accidents graves chez les jeunes conducteurs. Il

29. Sur la base des données de la Belgique, du Canada, de la France et de la Suisse.
30. International Road Traffic and Accident Database.

est trois fois plus dangereux pour un jeune de 16 ans de conduire de nuit que de jour. [...]. Le risque pour les jeunes conducteurs augmente de manière exponentielle avec le nombre des passagers (Santikarn, Santijiarakul, Rujivipat, 2002). Une étude de contrôle montre qu'un tiers des accidents dans lesquels sont impliqués de jeunes conducteurs aurait été évité s'il leur avait été interdit de conduire avec plus d'un passager à bord de leur véhicule (Solagberu *et al*., 2002) » (OMS, 2004).

LES PRATIQUES SPORTIVES À RISQUE

Selon François Beck et Stéphane Legleye (2003), en France, entre 17 et 19 ans, les garçons sont beaucoup plus nombreux que les filles à déclarer pratiquer une activité sportive en dehors de l'école (80,9 % contre 60,9 %). Un peu moins de la moitié des garçons (45,1 %) déclare pratiquer en club ou en UNSS (Union nationale du sport scolaire), et près des deux tiers (61,7 %) seuls ou avec des amis. Cette pratique occupe en moyenne cinq heures. Les accidents et traumatismes liés à la pratique sportive sont assez fréquents. En Belgique par exemple, près d'un jeune sur trois a affirmé avoir été victime, durant les douze mois précédant l'enquête HBSC 2002, d'un accident ou d'un traumatisme sportif ayant nécessité des soins (Piette *et al*., 2003). Ces traumatismes vont même parfois jusqu'à l'hospitalisation. Le système de surveillance Ehlass (*European Home and Leisure Accident Surveillance System*) a montré en 1999 qu'un accident sur vingt avait entraîné une hospitalisation. Il est intéressant de noter que trois fois sur quatre, ces traumatismes surviennent dans des installations sportives et une fois sur dix à l'école, c'est-à-dire dans le cadre d'une pratique sportive « encadrée ». En ce qui concerne les blessures, ce sont les contusions, entorses et foulures qui sont les plus fréquemment rencontrées. Par ailleurs, les parties de corps lésées sont deux fois sur trois les membres (supérieurs ou inférieurs).

Pour ce qui est du risque, « la pratique sportive peut être génératrice de deux types de prise de risque. On observe d'une part la prise de risque qui découle de la pratique d'un sport dit "traditionnel" et d'autre part d'une prise de risque résultant de la pratique de sport dit "extrême" » (Coslin, 2003).

« La plupart des pratiques sportives traditionnelles sont [...] très attachées à la sécurité » et « elles codifient les comportements qui sont admis et ceux qui sont interdits [...] » (Coslin, 2003). Toutefois, pratiquer un sport sans connaître ses possibilités et ses limites, sans préparation ni conseils peut se révéler dangereux. De plus, l'activité sportive intense peut être source de blessures graves. Dès lors, la pratique d'un sport doit être adaptée à l'âge du pratiquant et à ses possibilités réelles. Enfin, la meilleure prévention consiste à pratiquer son sport dans les règles de l'art qui lui sont applicables : apprentissage de gestes techniques, mise en application des bonnes pratiques, entraînement régulier, échauffement préalable, port de protection recommandée, respect des interdictions, etc. Citons comme exemple, le port du gilet de sauvetage lors de la pratique du canoë ou le port du casque lors de la pratique du VTT (vélo tout terrain).

Les sports plus « extrêmes » – tels que le cyclisme de descente, le skateboard, le snowboard, le « wave ski », la « glisse » hors-piste, le roller, l'escalade, le surf, le saut à l'élastique, le parachutisme, le delta plane – peuvent entraîner une surenchère dans la recherche de sensations fortes, ce qui peut impliquer une prise de risque de plus en plus grande (Stranger, 1999). La pratique sportive s'inscrit donc pour certains adolescents

dans une autre logique que celle communément[31] admise (Loret, 2002, cité par Coslin, 2003). De plus, ces comportements de type « Ushuaïa », « bien que dangereux et engendrant une surmortalité, ne sont pas pointés comme tels car ils bénéficient parfois d'une image positive et sont valorisés par les adultes » (Godenir *et al.*, 2004).

LES COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE

« De nombreuses normes de comportements propres à l'adolescence – la spontanéité, les conduites d'essai, voire de prise de risque, et l'instabilité – peuvent générer des problèmes de santé liés à la sexualité. Parmi eux, on peut citer les grossesses non désirées conduisant à des interruptions volontaires de grossesse ou à des accouchements chez des filles très jeunes et les infections sexuellement transmises (IST) avec, outre leurs risques propres, celui, non négligeable, de stérilité ultérieure. Notons toutefois que la majorité des adolescents traverse cette zone de turbulences sans trop de conséquences négatives sur la fécondité ultérieure » (Godeau *et al.*, 2005).

Par « comportements sexuels à risque », on entend d'une part les rapports sexuels non protégés – c'est-à-dire sans aucun moyen de protection de type préservatif ou sans contraception[32] (Currie *et al.*, 2004) – et d'autre part, le multipartenariat sexuel qui correspond au fait d'avoir connu au moins deux partenaires dans l'année écoulée (Coslin, 2003).

Bien que l'étude HBSC ne soit pas le moyen idéal pour avoir une idée précise de l'activité sexuelle des jeunes[33], les résultats obtenus ont un certain intérêt. En effet, la population identifiée comme sexuellement active dans l'étude correspond en grande partie à des « expérimentateurs précoces » qui par définition seront considérés – comme c'était le cas pour le tabac – comme les plus à risque de rapports sexuels non planifiés et non protégés et les plus enclins à d'autres comportements à risque liés à l'impulsivité. Cependant, un pourcentage élevé de ces « expérimentateurs précoces » rapporte utiliser le préservatif puisque 80,2 % des garçons et 69,6 % des filles[34] déclarent y avoir eu recours au cours de leur dernier rapport, ce qui peut suggérer que ces jeunes ont bien reçu certains messages d'éducation sexuelle qu'ils ont intégrés dans leurs pratiques (Currie *et al.*, 2004).

Dans le *Baromètre santé 2005*, lorsque l'on demande aux jeunes de 15-19 ans, s'ils ont déjà eu des relations sexuelles, 53,9 % des garçons et 46,0 % des filles[35] répondent par l'affirmative et l'âge moyen de la première relation sexuelle se situe aux alentours de 16 ans, avec un âge d'expérimentation très légèrement plus précoce pour les garçons (Lydié et Léon, 2006[36]). Pour Vitaro et Gagnon (2000) « force est d'admettre que les adolescents ont des relations sexuelles de plus en plus tôt. Â l'âge de 12 ou 13 ans, les différentes études consultées indiquent qu'entre 12 % et 23 % [...] ont déjà vécu au moins une relation sexuelle alors que cette proportion fluctue entre 47 % et 69 % chez les 16-17 ans ».

« En ce qui concerne le nombre de partenaires sexuels, entre 13 % et 20 % des adolescents rapportent en avoir eu six ou plus depuis leur première relation sexuelle,

---

31. Nous entendons par là les pratiques sportives traditionnelles socialisées (football, tennis, boxe, etc.).
32. De type préservatif et/ou pilule contraceptive.
33. En effet, les questions ne sont posées qu'aux adolescents qui sont dans leur quinzième année, c'est-à-dire au moment où la majorité d'entre eux n'ont pas encore commencé à être sexuellement actifs.
34. Moyenne HBSC 2001/2002.
35. Moyenne HBSC 2001/2002 calculée sur la base des résultats de 30 des 35 pays participants.
36. Moyenne HBSC 2001/2002 calculée sur la base des résultats de 30 des 35 pays participants.

dont une plus grande proportion de garçons que de filles » (Vitaro et Gagnon, 2000). « Avant 16 ans, deux garçons sur trois et presque une fille sur deux ont eu plus d'un partenaire sexuel dans leur vie. Un garçon sur trois et une fille sur dix ont déjà eu au moins quatre partenaires sexuels. Enfin, le fait de n'avoir eu qu'un seul partenaire sexuel indépendamment de l'âge, de l'intensité et de l'ancienneté de la vie sexuelle est nettement plus fréquent chez les filles » (Coslin, 2003).

EN RÉSUMÉ

Nous avons vu que les conduites à risque consistaient globalement en « l'exposition du jeune à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril » (Le Breton, 2003). Toutefois, nous avons aussi indiqué qu'elles pouvaient se manifester suivant différents degrés. En effet, certaines conduites seront « inscrites dans la durée » et s'instaureront « en mode de vie » tandis que « d'autres marquent un passage à l'acte ou une tentative unique liée aux circonstances » (Le Breton, 2003).

En ce qui concerne les conduites étudiées une par une, les données épidémiologiques montrent des différences de comportements entre les deux sexes ainsi qu'entre les différents groupes d'âges. En effet, les garçons expérimentent généralement plus précocement que les filles et ils adoptent plus fréquemment le comportement en question par la suite. L'observation des données selon l'âge, montre que les âges d'expérimentation, tant pour les filles que pour les garçons, ont tendance à baisser par rapport au passé. La recherche a par ailleurs montré que plus cet âge d'expérimentation était précoce plus le risque d'adopter le comportement était important.

Enfin, nous avons rapporté que les comportements à risque étaient en interaction : les fumeurs sont plus susceptibles d'être des consommateurs d'alcool, l'alcool est impliqué dans des accidents de la route ou des comportements violents, les consommateurs de substances psychotropes peuvent avoir plus de relations sexuelles non protégées, etc.

Les déterminants de la santé et des comportements à risque chez les enfants et les adolescents

Après la présentation, au chapitre 2, de la définition des « conduites à risque » et de leur classification, nous aborderons ici le lien entre les déterminants de la santé et du bien-être et les déterminants des conduites à risque. Ensuite, nous traiterons plus particulièrement des concepts de « réussite éducative » et de « réussite scolaire » et de leurs relations avec la prévention des comportements à risque. Cet intérêt s'explique non seulement par notre choix de nous centrer sur les jeunes d'âge scolaire mais aussi parce qu'un certain nombre d'études scientifiques ont mis en évidence un rapport étroit entre l'état de santé et les réussites scolaire et éducative. Ce lien marqué est l'un des fondements de l'approche *École en Santé*.

Avant de se pencher sur les liens entre déterminants de la santé et déterminants des comportements à risque, il nous semble opportun de les aborder de façon indépendante en commençant par les déterminants de la santé et du bien-être.

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

Dans son ouvrage *6-12-17. Nous serons bien mieux ! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*[37], M. Hamel propose un tableau de synthèse – établi sur la base de la littérature scientifique – des différents déterminants de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents.

Ces déterminants peuvent être liés :

- **à l'individu**. Il s'agit surtout ici de ses habitudes de vie telles que l'activité physique,

37. Les apports multidisciplinaires de l'ouvrage de M. Hamel apportent des éclairages sur les principaux facteurs qui déterminent la santé et le bien-être des jeunes. La relation parent/enfant, les pratiques éducatives des parents, la compétence sociale, l'estime de soi, l'alimentation, l'activité physique et l'environnement scolaire sont autant de facteurs qui rentrent en jeu dans le développement de l'enfant et dans son l'intégration harmonieuse à la société.

l'alimentation, le sommeil, la consommation de substances licites ou illicites, les comportements sexuels et de sa psychologie, avec le concept de soi, les compétences sociales, et enfin de sa biologie avec son patrimoine génétique ;

- **à l'environnement immédiat.** Citons par exemple, la famille, l'école, le soutien social, l'environnement physique, les autres milieux de vie, etc. ;
- **à l'environnement global.** Il regroupe les valeurs sociales et culturelles, l'environnement politique et les conditions économiques, l'organisation des services et des programmes, etc.

Ces déterminants de la santé et du bien-être présentés, intéressons-nous aux déterminants des conduites à risque.

TABLEAU IV

Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire (d'après Hamel, 2001)

Individu	Environnement immédiat	Environnement global
Biologie et génétique	**Famille**	**Valeurs sociales et culturelles**
Sexe Ethnie Maladie, handicap	Caractéristiques personnelles des parents Caractéristiques socio-économiques de la famille (revenu suffisant et pauvreté, niveau de scolarité des parents) Type et composition de la famille Attitudes et valeurs des parents Relation parents – enfants Pratiques éducatives des parents	Tolérance vis-à-vis de la violence Place faite aux jeunes Culture axée sur la compétition ou la coopération Publicité et pression à la consommation faites par les médias
Psychologie		**Environnement politique et conditions économiques**
Concept de soi Compétences sociales Autres compétences (motrices, intellectuelles, etc.)		Politiques sociales Concertation intersectorielle Niveau et sécurité du revenu Emploi et chômage
Habitudes de vie	**École**	**Organisation des services et des programmes**
Activité physique Alimentation Sommeil Consommation d'alcool et de drogues Tabagisme Comportements sexuels Manière de faire face aux difficultés, stress, etc. Attitude face au risque, au danger	Climat scolaire Pratiques pédagogiques Caractéristiques de la population scolaire Ouverture de l'école à la communauté	Disponibilité et accessibilité Coordination
	Soutien social	
	Soutien des parents, des enseignants, d'autres adultes, des pairs	
	Autres milieux de vie	
	Accessibilité à d'autres milieux de vie de qualité : voisinage, clubs sportifs, groupements culturels...	
	Environnement physique	
	Sécurité et salubrité du logement, des écoles Absence de matières toxiques et de contaminants (air, eau) Sécurité de l'environnement	

LES DÉTERMINANTS DES COMPORTEMENTS À RISQUE

Comprendre quels sont les facteurs qui influencent les comportements à risque va permettre d'agir de façon cohérente sur l'ensemble des déterminants communs à ces conduites. C'est pourquoi les paragraphes suivants présentent de manière synthétique, conduite après conduite les différents déterminants qui ont pu être mis en évidence dans la littérature scientifique. Les déterminants des comportements à risque sont des caractéristiques générales (compétences personnelles, relations avec la famille ou les pairs, environnement social, etc.) susceptibles d'avoir une influence néfaste, ou au contraire bénéfique sur ces comportements. On parlera de facteurs de risque lorsque ces caractéristiques sont associées à une fréquence plus importante d'un ou de plusieurs comportements à risque et de facteurs de protection quant ces caractéristiques sont liées à une fréquence plus faible de ces comportements.

Nous aborderons successivement l'abus de substances psychoactives, la violence dirigée contre soi, la violence dirigée contre les autres, les comportements dangereux sur la route, les pratiques sportives à risque et les comportements sexuels à risque.

L'abus de substances psychoactives (licites ou illicites)

Pour rappel, parler de consommation de substances licites ou illicites sous-entend, entre autres, de parler de la consommation de tabac, d'alcool ou de médicaments (Currie *et al.* ; 2004) mais aussi de la consommation de cannabis, d'amphétamines, de LSD ou d'autres hallucinogènes, de crack, de cocaïne, d'ecstasy ou d'héroïne (Hibell *et al.* ; 2004).

Certains travaux suggèrent que les facteurs psychologiques, biologiques et psychiatriques jouent un rôle prépondérant dans l'abus et la dépendance (Glantz et Pickens, 1992, cités par l'Inserm, 2001). D'autres travaux montrent que dans certains cas, les facteurs environnementaux peuvent jouer un rôle déterminant dans le développement de la dépendance (Kaminer, 1994 ; Adès et Lejoyeux, 1997 ; Bailly, 1997, cités par l'Inserm, 2001).

Il existe en fait de très nombreuses voies pouvant conduire à l'abus et à la dépendance. Il est bien évidemment impossible d'isoler chez un sujet donné un facteur de risque unique qui aurait à lui seul valeur prédictive de la survenue d'un abus ou d'une dépendance.

Les différents facteurs impliqués peuvent être regroupés en facteurs propres à l'individu, en facteurs comportementaux et enfin en facteurs liés à l'environnement.

Les facteurs individuels

Les principaux facteurs de prédisposition et de contribution individuels impliqués dans les comportements à risque ont été identifiés. On trouve parmi eux : avoir une faible estime de soi, souffrir d'autodépréciation, être timide, présenter des réactions émotionnelles excessives, des difficultés à faire face aux événements, des difficultés à établir des relations stables et satisfaisantes et des difficultés à résoudre les problèmes interpersonnels (Glantz et Pickens, 1992). Peuvent aussi être cités ici les antécédents difficiles et les accidents dans le parcours de vie.

Les facteurs comportementaux

Il existe un lien entre les besoins du jeune et les comportements qu'il va adopter. La consommation aiguë d'une substance s'inscrit fréquemment dans les comportements de polyconsommation, à visée de plaisir, de fuite, d'anesthésie, de « défonce », etc. L'enquête Escapad (France) a montré une similitude entre les trajectoires d'expérimentation de l'ivresse alcoolique et de cannabis. De très nombreuses études ont aussi mis en évidence que les consommations élevées de cannabis sont accompagnées et ont été

précédées par des consommations de tabac et d'alcool (Inserm ; 2001). La précocité de l'initiation et de la consommation apparaît comme le facteur le plus prédictif d'un abus ou d'une dépendance à la fin de l'adolescence (Roberstson *et al.*, 1996 ; Poulton *et al.*, 1997 ; Aarons *et al.*, 1999, cités par l'Inserm, 2001).

Les facteurs environnementaux

En terme d'influence, le groupe des pairs joue un rôle important dans l'initiation et la consommation de substances psychoactives. Par la suite, il peut jouer un rôle renforçateur, dans la mesure où l'adolescent consommateur abusif de substances psychoactives a tendance à choisir des groupes au sein desquels circulent ces substances (Kandel, 1982 ; Bauman et Ennett, 1994 ; Lanotti *et al.* ; 1996, cités par l'Inserm , 2001).

En terme d'influence familiale, l'attitude des parents à l'égard de l'alcool et des substances psychoactives en général peut jouer un rôle incitateur et favoriser la survenue d'un abus ou d'une dépendance. Le risque est alors corrélé au degré de disponibilité des substances psychoactives au sein du milieu familial, à l'importance des conduites d'usage chez les parents et dans la fratrie, ainsi qu'à la précocité de l'exposition de l'enfant à ces conduites d'usage de substances (Kaminer, 1994, cité par l'Inserm, 2001). L'ambiance familiale et la survenue d'événements de vie familiaux indésirables (telle la séparation des parents) au moment de l'adolescence constituent aussi des facteurs de risque.

Il est également à noter que la culture dominante, la pression à la surconsommation et les stéréotypes médiatiques peuvent constituer des facteurs de risque de consommation de substances psychoactives licites ou illicites.

La violence dirigée contre soi[38]

Dans leur *Comprehensive textbook of suicidology*, Ronald W. Maris, Alan L. Berman et Morton M. Silverman (2000) ont, sur la base d'une revue de la littérature, répertorié plus de soixante facteurs de risque ainsi qu'une bonne dizaine de facteurs de protection associés aux tentatives de suicide et aux suicides complétés. Les auteurs notent que ces listes ne sont certainement pas exhaustives, puisque de nouveaux facteurs sont actuellement investigués (notamment les facteurs génétiques et biologiques). Si l'on s'intéresse à la problématique de la violence dirigée contre soi, les auteurs présentent différentes approches psycho-analytiques qui tendent toutes vers un constat identique : les mécanismes et les déterminants de la violence dirigée contre soi (c'est-à-dire les comportements suicidaires) sont intimement liés aux mécanismes et déterminants de la violence dirigée contre les autres. Ils ont aussi réalisé une revue de la littérature spécifiquement consacrée à la violence dirigée contre les autres. Celle-ci leur a permis de mettre en évidence près de soixante-dix facteurs de risque associés. Nous ne les présenterons pas tous ici car ce n'est pas notre propos. Les éléments présentés sont ceux qui nous semblent les plus pertinents dans le cadre qui nous intéresse[39].

Lorsqu'il s'agit de trouver une explication aux comportements suicidaires chez les jeunes, tous les auteurs s'accordent pour dire que « les conduites suicidaires s'expliquent par une multitude de facteurs qui interagissent entre eux à un moment donné dans la vie de l'adolescent » (Labelle, 2004). Ces multiples facteurs peuvent être classés[40]

---

38. Sauf mention contraire, cette partie est un extrait du rapport de recherche de Senterre *et al.*, 2006.

39. Pour plus de détails, le lecteur peut consulter la bibliographie en annexe de ce document.

40. Cette classification n'est pas la seule qui existe. Certains auteurs utilisent plutôt l'approche dite « classique » qui catégorise les facteurs en 1/ facteurs associés aux prédispositions individuelles, 2/ facteurs associés au milieu et à l'environnement, 3/ facteurs associés aux événements circonstanciels et 4/ facteurs de protection. Nous avons choisi de présenter l'approche dite « dynamique » qui tient compte de l'interrelation complexe et dynamique entre tous les facteurs en présence.

en facteurs prédisposants, de contribution, précipitants et enfin de protection.

Les facteurs de prédisposition
ou « une porte ouverte à la vulnérabilité »
Les facteurs de prédisposition constituent des éléments pouvant contribuer, dans certaines circonstances, à favoriser un passage à l'acte suicidaire sous l'influence de facteurs précipitants. Il peut s'agir du fait d'avoir déjà fait une tentative de suicide et/ou d'avoir des antécédents de suicides et/ou tentatives de suicide dans l'entourage proche ; d'avoir perdu ses parents tôt dans la vie ; d'avoir subi des carences affectives, de la violence, de la maltraitance ou des sévices ; de souffrir d'alcoolisme et/ou de toxicomanie ; d'avoir des antécédents de maladies mentales – dont la dépression, le trouble bipolaire, la schizophrénie ou le trouble de la personnalité limite. Notons que parmi ces maladies mentales, c'est le plus souvent la dépression qui est incriminée. Précisons toutefois que cela ne signifie pas que toutes les personnes dépressives soient suicidaires.

Les facteurs de contribution
ou « l'exacerbation des risques existants »
Les facteurs de contribution accroissent l'exposition du jeune aux facteurs de prédisposition ; ils augmentent sa vulnérabilité. Les facteurs de contribution peuvent comprendre la maladie physique, les comportements de prise de risque, la consommation d'alcool et/ou de drogues, les problèmes d'identité sexuelle, l'isolement social, l'instabilité familiale, le suicide d'un proche et/ou l'incapacité à faire face aux situations problématiques.

Les facteurs précipitants
ou « la goutte qui fait déborder le vase »
On appelle facteurs précipitants certaines circonstances qui précédent de peu le passage à l'acte. Il s'agit parfois d'événements anodins mais qui revêtent une importance d'autant plus grande pour le jeune qu'ils réactualisent, à un moment donné, des problématiques liées au passé. Une fois de plus, la présence de certains facteurs de prédisposition et de contribution va plus ou moins interagir avec ces facteurs précipitants.

Il s'agit essentiellement de faits de vie négatifs, tels un conflit interpersonnel, une humiliation, une séparation ou un échec (scolaire par exemple). Ces expériences constituent des événements stressants induisant une grande souffrance psychique que le jeune ne parvient pas à surmonter (il se trouve dans une situation de désorganisation).

Les facteurs de protection
ou « la réduction du risque »
Les facteurs de protection sont ceux qui réduisent ou neutralisent l'impact des autres facteurs et augmentent la capacité du jeune à trouver des solutions de rechange à la situation potentiellement dangereuse.

Citons comme exemples : l'adaptation personnelle, la tolérance à la frustration, la maîtrise de soi, la bonne estime de soi, la capacité à faire face aux situations, les comportements de recherche d'aide et les comportements adaptés à la situation[41], les attentes positives pour l'avenir, le sens de l'humour, un certain bien-être affectif ainsi que la capacité à jouir de différentes sources de plaisirs gratifiants, un soutien familial et social de bonne qualité, l'appartenance à un groupe, des relations amicales diversifiées, la participation à des activités communes, un bon sommeil et un régime alimentaire équilibré, un environnement exempt de drogues et exempt d'objets ou de moyens létaux (c'est-à-dire pouvant entraîner la mort).

La violence dirigée contre les autres

Les facteurs associés aux comportements violents peuvent être classés en facteurs

41. On utilise souvent le terme de *coping*, qui vient de l'anglais *to cope* : faire face.

situationnels, individuels (facteurs biologiques, psychologiques et comportementaux), relationnels (avec d'une part l'influence familiale et d'autre par l'influence des pairs), communautaires et sociaux.

Les facteurs situationnels

Certains facteurs situationnels peuvent jouer un rôle important dans le déclenchement du comportement violent. Les raisons de la violence chez les jeunes varient selon l'âge des participants et selon que d'autres sont présents. Il ressort d'une étude sur la délinquance réalisée à Montréal que lorsque les auteurs de violences étaient adolescents ou dans la jeune vingtaine, la moitié environ des agressions violentes personnelles étaient motivées par la recherche de l'exaltation, souvent avec d'autres individus (Le Blanc et Frechette, 1989, cités par Krug *et al*., 2002). L'ébriété est un facteur situationnel immédiat important qui peut provoquer des réactions violentes (Farrington, 1993 ; Wikström, 1985, cités par Krug *et al*., 2002).

Les facteurs individuels

Les facteurs qui influent sur le risque de comportement violent peuvent se manifester dans l'enfance ou à l'adolescence. En outre, la famille, les pairs et d'autres facteurs sociaux et culturels peuvent avoir une certaine incidence sur eux.

L'hyperactivité, l'impulsivité, les comportements à risque, la mauvaise maîtrise du comportement et des problèmes d'attention figurent parmi les grands facteurs qui permettent de prévoir la violence chez les jeunes. Toutefois, la nervosité et l'angoisse ont également une incidence négative sur la violence (Krug *et al*. ; 2002). Une faible intelligence et de mauvais résultats scolaires sont aussi considérés comme facteurs de risque (Lipsey et Derzon, 1988, cités par Krug *et al*., 2002).

Les facteurs relationnels

Les facteurs associés aux relations interpersonnelles des jeunes – avec leur famille, leurs amis et leurs pairs – peuvent également beaucoup influer sur le comportement agressif et violent et modeler les traits de personnalité qui, à leur tour, peuvent contribuer à un comportement violent. C'est pendant l'enfance que l'influence de la famille est généralement la plus grande à cet égard, alors qu'à l'adolescence, ce sont les amis et les pairs qui exercent une influence de plus en plus importante (Dahlberg, 1998, cité par Krug *et al*., 2002).

En terme d'influences familiales, le comportement des parents et le milieu familial, notamment les conflits parentaux, jouent un rôle essentiel dans le développement d'un comportement violent chez les jeunes. Une supervision et une surveillance qui laissent à désirer et des châtiments corporels sévères pour punir des enfants sont des facteurs prédictifs importants de la violence pendant l'adolescence. Un statut familial socio-économiquement faible est aussi associé à la violence future (Krug *et al*. ; 2002).

En terme d'influence des pairs, on sait qu'à l'adolescence, elle est généralement considérée comme positive et importante dans le développement des relations interpersonnelles, mais aussi qu'elle peut avoir des incidences négatives. Ainsi, le fait d'avoir des amis délinquants est associé à la violence chez les jeunes (Thornberry *et al*., 1995, cité par Krug *et al*., 2002).

Les facteurs sociaux

Une évolution démographique rapide dans la population des jeunes, la modernisation, l'émigration, l'urbanisation et un changement dans les politiques sociales sont autant d'éléments qui ont un lien avec une augmentation de la violence chez les jeunes (Ortega *et al*., 1992, cités par Krug *et al*., 2002).

En terme d'influences culturelles, les médias constituent un mode de propaga-

tion important d'images violentes, ainsi que de valeurs et de normes relatives à la violence. Les jeux vidéos et Internet, par exemple, multiplient les occasions pour les jeunes d'être en contact avec de la violence (Krug *et al.*, 2002). Si l'exposition à la violence télévisée fait augmenter la probabilité d'un comportement agressif immédiat, il convient de noter qu'elle a une incidence inconnue à plus long terme sur les actes de violence grave (Krug *et al.*, 2002).

Les comportements dangereux sur la route

Pierre G. Coslin (2003) présente les facteurs associés aux comportements dangereux sur la route en facteurs propres aux comportements des jeunes conducteurs, en facteurs individuels, en facteurs familiaux et enfin en facteurs sociaux (influence sociale).

Les facteurs propres aux comportements des jeunes conducteurs

Plusieurs facteurs peuvent être incriminés dans les accidents de la circulation : la vitesse, l'intervalle respecté avec le véhicule précédent et le respect des signaux, l'alcoolisation – c'est-à-dire la conduite sous influence de l'alcool (Ferguson, 2003 ; Lardelli-Claret *et al.*, 2005 ; Keall *et al.,* 2004) –, la présence de passagers, etc. (Assailly, 1997, cité par Coslin, 2003).

L'excès de vitesse est l'un des premiers facteurs de risque d'accident (Ferguson, 2003 ; Lardelli-Claret *et al.,* 2005). Toutefois de nombreux travaux ont montré que la vitesse diminuait avec l'âge du conducteur et que c'étaient les 15-24 ans qui conduisaient le plus vite, et ce, qu'il s'agisse d'automobiles ou de deux roues. Il a été aussi démontré que les jeunes laissaient moins de distance entre les véhicules et qu'ils brûlaient plus facilement les feux oranges ainsi que les signaux d'un passage à niveaux (Coslin, 2003). L'inexpérience est aussi responsable de beaucoup d'accidents de la route chez les jeunes de 16-24 ans. (Ferguson, 2003). Dès lors, le nombre d'années de conduite a un effet protecteur sur le risque d'accident de la route (Lardelli-Claret *et al.*, 2005).

Les facteurs individuels

D'après Jean-Pascal Assailly (1997, cité par Coslin, 2003), il s'agit des capacités sensori-motrices, des capacités intellectuelles, des traits de personnalité et dans une certaine mesure de l'anti-socialité et de l'autodestruction. Un certain nombre de travaux se sont interrogés sur l'existence d'un « continuum de l'autodestruction ou des comportements létaux[42] », où l'accident, le suicide, voire l'homicide seraient trois expressions comportementales différentes de ce continuum (Assailly, 1997, cité par Coslin, 2003).

Ajoutons à cette liste la perception du risque : les filles entre 6 et 10 ans évaluent les situations comme étant plus à risque que les garçons. Pour les filles, c'est la vulnérabilité qui détermine le risque tandis que pour les garçons, c'est la sévérité du traumatisme (Hillier *et al.*, 1998).

Les facteurs familiaux

Marie Choquet, Sophie Ledoux et Héde Menke (1998, cités par Coslin, 2003) ont mis en évidence un lien entre l'absence de relations sociales et la survenue d'accidents. Ces auteurs ont aussi mis en avant un lien avec les caractéristiques socio-démographiques de la famille.

Les facteurs sociaux

Les comportements dangereux sur la route seront initiés et/ou favorisés par les pairs (Coslin, 2003). La notion de défi est importante. Ce défi s'accompagne souvent de

---

42. En effet, les comportements létaux s'organisent suivant quatre dimensions corrélées au sexe et à l'âge : une tendance à rechercher le danger, une tendance à la témérité, une tendance à la recherche de sensations et enfin une tendance aux comportements d'insécurité. Il a été démontré que ce sont les adolescents qui manifestent le plus de tels comportements (Coslin, 2003).

menaces verbales, de chantage de « ridiculisation » mais aussi d'un possible gain de prestige. Cette pression des pairs concerne donc les attitudes de défi mais aussi le respect des règles de sécurité de base, à savoir le non-port de la ceinture, le non-respect des limitations de vitesse, etc.

Les pratiques sportives à risque

La plupart des pratiques sportives traditionnelles (football, cyclisme, etc.) sont tout à fait socialisées. Très attachées à la sécurité, elles codifient les comportements qui sont admis et ceux qui sont interdits. Pour certains adolescents, le sport pratiqué s'inscrit cependant dans une tout autre logique que celle de la culture disciplinaire (Loret, 2002, cité par Coslin, 2003). Dans ces pratiques, le défi a pris la place de la compétition traditionnelle.

Les déterminants de ces pratiques peuvent être abordés d'un point de vue personnel, familial et social.

Les facteurs individuels

Des travaux ont montré que les adolescents qui ont des accidents sont plus souvent des consommateurs d'alcool, de tabac et qu'ils ont déjà fumé au moins une fois du cannabis (Arenes *et al.* cité par Godenir, 2004).

Une faible perception du risque et une surestimation des ses capacités sont des facteurs de risque psychologiques dans la pratique du sport chez les adolescents (11-14 ans). Ils conduisent à un sentiment d'invincibilité et engendrent une plus grande prise de risque (Kontos, 2004). Chez l'enfant, le port d'équipement de protection peut augmenter le sentiment d'invulnérabilité et être à l'origine d'une plus grande prise de risque (Dilillo et Tremblay, 2001).

Les facteurs familiaux

On observe moins de comportements dangereux dans les familles où les enfants perçoivent des relations satisfaisantes avec leurs parents et où ces derniers communiquent leurs attentes clairement par rapport aux comportements dangereux (Nelson, 1999, cité par Godenir, 2004).

Notons que les parents qui croient que leur enfant a une grande expérience dans une activité vont lui permettre une plus grande prise de risque. Il en est de même, lorsqu'ils croient que l'expérience donne à l'enfant une capacité à gérer efficacement le risque de traumatisme. De plus, les parents croient que les équipements de sécurité et les modifications environnementales pour promouvoir la sécurité des enfants apportent une sécurité absolue (Morrongiello *et al.*, 2002).

Les facteurs sociaux

Ici aussi, l'influence du groupe de pairs et la notion de défi est à prendre en considération. Des études ont montré que les établissements scolaires qui proposent dans leur cursus des orientations sportives où l'on va favoriser la compétition entre jeunes peuvent être considérés comme des environnements favorisant les comportements à risque (Deneuve *et al.*, 2001, cité par Godenir *et al.* ; 2004).

Les comportements sexuels à risque

En terme de facteurs individuels, il semble que l'acquisition de connaissances soit nécessaire à la reconnaissance du risque. Au-delà de cette perception du risque, il semble qu'une personnalité axée sur la recherche de sensations fortes soit un meilleur facteur prédictif de l'adoption de pratiques à risque tant dans le domaine sexuel que dans les autres domaines de la vie (Lévy *et al.*, 1996 ; Zuckerman, 1994 cités par Vitaro et Gagnon, 2000). Un autre déterminant à prendre en considération est, comme dans quasi toutes les autres conduites à risque, l'estime de soi.

En terme de facteurs interpersonnels et sociaux, l'influence des pairs est une fois de plus impliquée. En effet, plus les amis

sont perçus comme étant actifs sexuellement et peu enclins à se protéger, plus les jeunes se conformeront à ces conduites, pour faire partie du groupe et « être comme les autres ». Cela est d'autant plus vrai que la dépendance à l'entourage est forte (Di Blasio et Benda, 1994, cités par Vitaro et Gagnon, 2000).

Une famille biparentale, une bonne cohésion familiale et une bonne qualité des interactions avec la famille seraient des facteurs protecteurs, principalement chez les adolescentes qui retarderaient alors le moment de leur engagement sexuel. Les normes présentes dans l'environnement social du jeune constituent probablement aussi des éléments influents (Vitaro et Gagnon, 2000).

Enfin il faut souligner que la consommation de substances psychoactives peut avoir une influence sur la sexualité. Toutefois, toutes les substances n'entraînent pas nécessairement une prise de risque sexuel. L'alcool par exemple a un effet désinhibant qui tend à augmenter le désir sexuel, toutefois, à long terme et/ou à forte dose, son effet s'inverse dans le sens d'une perte du désir sexuel (Coslin, 2003).

Après avoir brièvement passé en revue les déterminants de la santé et du bien-être d'une part et les déterminants des différentes conduites à risque d'autre part, il est possible de mettre en évidence des points communs.

On observe en effet des similitudes entre déterminants des conduites à risque et déterminants de la santé et du bien-être. Bon nombre des déterminants des conduites à risque ne sont en fait que des déterminants de la santé et du bien-être mais abordés d'une manière plutôt « négative » ou comme « faisant défaut ». Cette relation qui unit les deux groupes de déterminants est donc semblable à celle qui unit les concepts de facteurs de risque et de facteurs de protection. En effet, conceptuellement, les facteurs de protection peuvent être considérés comme l'inverse des facteurs de risque. Par exemple, l'environnement d'une famille dysfonctionnelle accroît le risque pour l'enfant de connaître divers problèmes, tandis qu'un environnement familial sain diminue ce risque.

Sur la base de l'étude des déterminants de chaque conduite à risque, il est possible de mettre en évidence un « jeu de déterminants communs » à toutes ces conduites. Puisqu'il a été vu que « déterminants des conduites à risque » et « déterminants de la santé et du bien-être » étaient liés par une relation « positive/négative », nous pourrons aborder le « jeu de déterminants communs » plutôt dans une dynamique positive de « renforcement », ce qui s'inscrit logiquement dans une dynamique de promotion de la santé.

Le tableau V page suivante, propose une synthèse de déterminants communs à différentes conduites à risque. Ces déterminants ont été regroupés selon les catégories proposées par M. Hamel *et al*. Il convient de souligner que ce tableau n'est pas exhaustif puisque malgré tout, chaque conduite conserve certaines spécificités.

Nous avons vu que les différentes « composantes » de l'école, c'est-à-dire le climat scolaire, les pratiques pédagogiques, etc. occupaient – au même titre que celles de la famille – une place importante dans l'environnement immédiat de l'enfant et de l'adolescent. Alors que des études (Postlethwaite, 2005 ; Bryant, 2000 ; Lister-Sharp, 1999) ont montré un lien évident entre l'état de santé et les réussites scolaire et éducative, il nous parait important de développer ce sujet.

TABLEAU V

Déterminants individuels et environnementaux communs à différentes conduites à risque

Individu	Environnement
Sphère psychosociologique	Environnement immédiat
Compétences psychosociales peu développées et faible estime de soi • abus de substances psychoactives • violence dirigée contre soi • comportements sexuels à risque	Influence des pairs et influences interpersonnelles • abus de substances psychoactives • violence dirigée contre les autres • conduites dangereuses sur la route • pratiques sportives à risque • comportements sexuels à risque
Faible perception du risque et recherche de sensations • violence dirigée contre les autres • conduites dangereuses sur la route • pratiques sportives à risque • comportements sexuels à risque	Caractéristiques socio-économiques familiales (revenus, niveau de scolarité des parents, etc.) • abus de substances psychoactives • violence dirigée contre les autres • conduites dangereuses sur la route
Faibles résultats scolaires • violence dirigée contre les autres Capacités intellectuelles • conduites dangereuses sur la route	Composition familiale • comportements sexuels à risque
Habitudes de vie et comportements	Disponibilité des substances et des moyens • abus de substances psychoactives • violence dirigée contre les autres
Histoire du mode de consommation de substances (aiguë et/ou chronique) • violence dirigée contre soi • violence dirigée contre les autres • conduites dangereuses sur la route • pratiques sportives à risque • comportements sexuels à risque • abus de substances psychoactives	Violence subie, maltraitance et carences affectives • violence dirigée contre soi • violence dirigée contre les autres
	Communication au sein des familles • pratiques sportives à risque • comportements sexuels à risque
Habitudes de vie (nutrition, sommeil, activités physiques) • violence dirigée contre soi • conduites dangereuses sur la route	Antécédents difficiles et accidents dans le parcours de vie • abus de substances psychoactives • violence dirigée contre soi
	Isolement social • violence dirigée contre soi • conduites dangereuses sur la route
	Environnement global
	Organisation sociale et politiques sociales et de santé • violence dirigée contre les autres • conduites dangereuses sur la route
	Valeurs culturelles de la société
	Images véhiculées par la société et les médias • abus de substances psychoactives • comportements sexuels à risque • violence dirigée contre les autres

SANTÉ ET ÉDUCATION : UNE DYNAMIQUE DE LA RÉUSSITE

RÉUSSITE SCOLAIRE ET RÉUSSITE ÉDUCATIVE

Commençons par préciser les concepts de réussite scolaire et de réussite éducative. Ces deux notions ne se confondent pas. Les apprentissages scolaires ne constituent qu'une partie de l'éducation de la personne. Cette dernière se déroule également dans le cadre familial. Les critères de réussite éducative diffèrent fortement d'une famille à l'autre pour d'évidentes raisons culturelles et sociales ; il est donc difficile de porter un regard d'ensemble sur cette question.

Par ailleurs, il serait faux de croire que l'idée de réussite éducative est univoque. Dès qu'il

s'agit de dépasser les discours généraux et de passer aux objectifs assignés aux systèmes éducatifs, il devient évident que diverses conceptions de la réussite éducative coexistent. Les systèmes éducatifs français et belge sont fortement orientés vers l'éducation à la citoyenneté. Ils sont centrés sur la transmission de connaissances reconnues comme communes à tous. D'autres systèmes éducatifs mettent plus en avant le développement de compétences individuelles. En Australie par exemple, c'est la capacité d'analyse et de résolution de problèmes, la capacité à communiquer, celle de planifier et d'organiser des activités, de collaborer avec d'autres, la confiance en soi, l'optimisme, une haute estime de soi qui sont valorisées (MCEETYA[43], 1999). Il en est de même au Québec. Ainsi, selon l'aune à laquelle on mesure la réussite éducative, selon les compétences qui sont mises en avant, tel ou tel élève sera considéré ou non comme étant en situation d'échec. Comme le souligne Marcel Crahay (1996), il est erroné de concevoir l'échec solaire seulement comme le résultat des performances des élèves ; c'est une réalité plus complexe dépendante des finalités assignées à l'école et des pratiques d'évaluation des enseignants.

En Suisse romande, il n'existe pas de définition officielle ou institutionnelle de la réussite éducative. Cela ne veut pas dire pour autant que les enjeux soient négligés. En effet, la Conférence intercantonale de l'instruction publique de la Suisse romande et du Tessin (CIIP), s'est prononcée à deux reprises, en 1999 et en 2003, sur les finalités et objectifs éducatifs de l'école publique[44].

Par ces déclarations, les cantons romands reconnaissent à l'école publique des missions d'instruction et d'éducation. Par ses missions d'instruction et de transmission culturelle, l'école assure « la construction de connaissances et l'acquisition de compétences permettant à chacun et chacune de développer ses potentialités de manière optimale ». Par ses missions d'éducation et de transmission de valeurs sociales, elle œuvre pour « la promotion du respect des règles de la vie en communauté ; de la correction des inégalités de chance et de réussite ; de l'intégration dans la prise en compte des différences ; du développement de la personnalité équilibrée de l'élève ; de sa créativité et de son sens esthétique ; du développement du sens de la responsabilité à l'égard de soi-même, d'autrui et de l'environnement, de la solidarité, de la tolérance et de l'esprit de coopération ; du développement de la faculté de discernement et d'indépendance de jugement ».

Les valeurs qui guident l'action de l'école publique sont notamment le respect de la personne, les droits et devoirs de la personne humaine, les droits de l'enfant, l'éducabilité de chacun, et les principes de l'égalité et de l'équité, « assurant à chaque élève les possibilités et moyens de formation correspondant à ses besoins ».

Pour Lynn Lapostolle (2006), la réussite scolaire embrasse une réalité plus restreinte que la réussite éducative. La réussite scolaire permet à l'élève qui répond aux exigences d'un programme d'études d'acquérir, puis de développer, des compétences, l'autorisant ainsi à poursuivre ses études supérieures ou à s'intégrer au marché du travail. On mesure la réussite scolaire par les résultats, les diplômes obtenus à la fin d'un cours ou d'un programme. On la mesure aussi par l'atteinte des compétences développées, par la persistance dans des cours ou un programme d'études, par la satisfaction au regard de la formation reçue. D'après le Conseil supérieur de l'éducation du Québec, la réussite scolaire « est la principale clé de

43. Ministerial Council on Education, Employment Training and Youth Affairs of Australia.

44. Déclaration de la CIIP sur les finalités et objectifs éducatifs de l'école publique du 18 novembre 1999 : www.ciip.ch/pages/portrait/Tex_reg/fichiers/finalites99.pdf et déclaration de la CIIP relative aux finalités et objectifs de l'école publique du 30 janvier 2003 : www.ciip.ch/pages/portrait/Tex_reg/fichiers/cp030403_2 %20.pdf

l'avenir personnel, social et professionnel de chacun. C'est elle qui, à chaque étape, témoigne que l'élève ou l'étudiant a acquis les compétences et les aptitudes désirées. » La réussite éducative, pour sa part, embrasse une vision large de la réussite, qui transgresse les frontières scolaires et englobe autant la réussite personnelle que professionnelle. On la mesure surtout par des indicateurs d'ordre qualitatif, encore peu documentés dans les écrits consultés.

FACTEURS DE RÉUSSITE SCOLAIRE EN LIEN AVEC LA SANTÉ

Comme nous l'avons déjà souligné, la prise en compte des facteurs qui conditionnent la réussite scolaire est essentielle à toute démarche de promotion de la santé et de prévention des conduites à risque.

La littérature scientifique abonde sur ce sujet et des dizaines de facteurs ont été déterminés, classés, catalogués. Cette diversité s'explique par les différents points de vue (psychologique, sociologique, économique, etc.) et les nombreuses instances qui produisent ces études (gouvernements, décideurs, chercheurs, enseignants, militants, etc.). Il en résulte la nécessité de choisir une classification (nécessairement imparfaite) mais qui permettra de servir de guide pour l'action. Ainsi, nous présentons les facteurs de réussite identifiés en fonction des facteurs liés aux enfants, à la famille, à la classe, à l'école et à la communauté (Boufrahi, Arseneau et Roy, 2003). Pour chacun de ces facteurs, quelques exemples seront cités.

- Facteurs liés aux enfants : perception de sa propre compétence, relations avec les pairs, compétences en lecture et écriture ;
- Facteurs liés à la famille : revenu et scolarité, implication des parents dans l'école, place de la scolarisation en famille ;
- Facteurs liés à la classe : perception et attitudes des enseignants, choix pédagogique (pédagogie de la coopération), qualité de l'enseignement ;
- Facteurs liés à l'école : dirigeants de l'établissement, services intrascolaires, développement professionnel ;
- Facteurs liés à la communauté : quartier de résidence et de voisinage, mobilisation pour la scolarisation, services extrascolaires.

En ce qui concerne le lien entre santé et éducation, on peut dire que les enfants en bonne santé apprennent mieux et que l'éducation contribue à la santé. En effet, la capacité des élèves à apprendre, et donc leur réussite, est très fortement influencée par leur état de santé. Parmi les sources des difficultés d'apprentissage, le travail de T. Neville Postlethwaite (2005), rédigé sous l'égide de l'Unesco, place en première position une mauvaise santé et ce, avant les facteurs sociaux, culturels et individuels. Bien que ce constat ne soit pas spécifique aux pays développés, d'autres études montrent qu'il existe un rapport étroit entre mauvaise santé et mauvais résultats scolaires des élèves, comportements à l'école (assiduité scolaire, participation aux activités scolaires, problèmes disciplinaires) et attitude des élèves (estime de soi, sentiment de contrôle). De plus, il existe un lien entre difficulté scolaire et consommation de tabac (Bryant, 2000). Corrélativement, certains travaux suggèrent que le niveau de confiance en soi (dont l'impact sur la réussite scolaire a été montré) est augmenté dans des écoles promotrices de santé (Lister-Sharp, 1999). Ces différents éléments ont été pris en compte par l'Unesco dans le développement de leur initiative Fresh (*Focusing Ressources on Effective School Health*). Ce modèle propose aux décideurs ainsi qu'aux autorités scolaires des outils pour l'identification et la gestion des problèmes de santé qui interfèrent avec les apprentissages. Des pistes de travail sur les politiques de santé scolaire, le développement d'environnements sûrs et favorables à la santé, le développement de l'éducation pour

la santé basée sur les compétences et des services de santé à l'école sont proposés.

DÉCROCHAGE SCOLAIRE ET COMPORTEMENTS À RISQUE : DES DÉTERMINANTS COMMUNS

De même qu'il existe un lien entre santé et éducation, on peut dire qu'il existe un lien entre décrochage scolaire et comportements à risque. La nécessité de cohérence éducative est en accord avec les apports de la psychologie sociale. Les motivations qui conduisent à regrouper l'usage nocif de psychotropes (alcool, cannabis, héroïne, cocaïne, médicaments anxiolytiques, antidépresseurs, etc.), la prise de risques sportifs et routiers, ou encore le dopage dans les « conduites à risque », sont liées au fait que bon nombre des facteurs psychologiques ou environnementaux qui conditionnent ces conduites sont communs. Il est bien évidemment impossible de faire le portrait robot de la personne ayant de tels comportements. Pour autant, les travaux conduits depuis de nombreuses années sur le sujet montrent que plusieurs types de facteurs sont susceptibles d'interagir avec le développement des conduites à risque. D'une façon très générale, il s'agit des facteurs liés à la personne (compétences sociales), aux comportements (effets des produits ou des conduites) et à l'environnement (influence de l'environnement social ou médiatique). Dans le cas du décrochage scolaire, on va trouver des éléments communs comme ceux en lien avec une faible confiance en soi, des difficultés dans les relations interpersonnelles, des difficultés à décoder les attentes du milieu (volet individuel), des difficultés dans la mise à distance de la pression des pairs (volet environnemental), mais aussi d'autres éléments tels que des spécificités sociales ou des difficultés en rapport avec les apprentissages. Identifier des éléments communs (sur lesquels l'éducation est susceptible d'avoir une action) ne veut bien évidemment pas dire que tous les objets de l'éducation soient solubles dans un seul et même cadre explicatif. Une telle approche ignorerait la complexité inhérente aux réalités humaines. Néanmoins, il reste possible de trouver une certaine cohérence par l'analyse des facteurs qui, dans l'histoire de l'individu, sont susceptibles d'interagir avec la mise en pratique de comportements à risque ou le décrochage scolaire.

La santé et le bien-être des jeunes en décrochage scolaire

« Les jeunes en décrochage cumulent les comportements à risque et adoptent moins les comportements de protection. Toutefois si ce constat apparaît clairement sur un plan général et caractérise la majorité des conduites analysées, une partie d'entre elles ne confirme pas cette observation avec autant de force et mérite notre attention. Le fait d'avoir déjà été ivre ne différencie pas les deux groupes. De même, l'essai de d'alcool, largement répandu chez les jeunes, est plus fréquent parmi les garçons inscrits dans l'enseignement traditionnel que parmi ceux connaissant des problèmes d'adaptation scolaire et suivant alors un enseignement en alternance.[...] Certaines conduites traduisent davantage le côté expérimentation propre à l'adolescence (essai d'alcool, avoir déjà été ivre) et c'est peut-être pour cette raison que l'on observe moins de différences entre les jeunes scolarisés et les jeunes en décrochage.

Ces comportements à risque et ce manque de protection plus répandus chez les jeunes en décrochage présentent non seulement un caractère plus régulier mais aussi plus précoce. En effet si, chez les jeunes scolarisés, les conduites à risque augmentent avec l'âge, elles se développent précocement et n'évoluent pas beaucoup avec l'âge parmi les jeunes en décrochage. Or, la précocité de certains comportements à risque

constitue un facteur qui favorise le maintien de ces conduites à l'âge adulte (King *et al.*, 1986) ».

RÉUSSITE ÉDUCATIVE ET PRÉVENTION DES COMPORTEMENTS À RISQUE : DES APPROCHES CONVERGENTES

L'éducation en soi contribue à la prévention des comportements à risque. En effet, elle permet l'acquisition d'une large gamme de compétences chez les enfants et les adolescents et améliore ainsi leur santé et leur adaptation sociale (Keating, Herzman, 1999). Des travaux ont montré par exemple que lorsque l'enfant développe des compétences linguistiques et mathématiques, le risque de décrochage scolaire diminue ainsi que le risque d'apparition de difficultés dans le domaine de la santé mentale (Sylva, 1994). Une étude de l'OMS a montré qu'une bonne santé des jeunes et la réussite scolaire étaient associées avec de faibles demandes de santé, une perception de vie globale plus positive et un risque plus faible de fumer (Ravens-Sieberer, 2001). Ces premiers éléments mettent en évidence le fait qu'agir pour la réussite des élèves dans le domaine des apprentissages, notamment scolaires, n'est pas indépendant des interventions visant à promouvoir la santé des enfants et des adolescents et à prévenir les comportements à risque. À titre d'exemple, éviter le décrochage scolaire des adolescents et ses conséquences (absentéisme, éloignement des repères structurant du milieu scolaire, sentiment d'échec, perte de confiance en ses capacités de réussite, etc.) est susceptible de contribuer efficacement à la promotion de la santé mentale des adolescents et donc à la prévention des conduites à risque.

La prévention des conduites à risque apparaît souvent comme l'une des réponses proposées par nos sociétés pour pallier les « urgences sanitaires » auxquelles nous sommes confrontés. L'alcool fait des ravages, il faut dire aux adolescents de cesser de boire ; le tabac tue, intervenons derechef pour les inciter à ne pas fumer ; le sida revient en force, une intervention sur l'usage du préservatif s'impose… Le tout sans oublier le cannabis, les accidents de la route, les pratiques sportives extrêmes et l'ensemble des conduites à risque. L'empilement d'actions préventives sur les différents sujets et problèmes de santé évoqués plus haut ne peut être le support d'une éducation de la personne dans sa globalité. L'éducateur ne peut que faire le deuil d'une approche exhaustive des problèmes de santé et des risques potentiels. La complexité des déterminants des conduites à risque est telle que seule une action d'accompagnement de la personne dans son développement est susceptible de lui permettre de construire les compétences qui lui permettront de prendre en charge sa propre existence y compris dans son rapport à la prise de risque, aux dépendances, à la violence… Cette finalité émancipatrice est celle de toute éducation.

Prévenir les comportements à risque, promouvoir la santé et contribuer à la réussite éducative de tous les jeunes correspondent à différents éclairages d'une même perspective éducative. L'enjeu est en fait de permettre une articulation de ces diverses finalités au service d'une vision d'ensemble de l'éducation.

LES ACTEURS DE LA RÉUSSITE ÉDUCATIVE

Contribuer à la prévention des conduites à risque, promouvoir la santé des élèves et leur réussite relève de la responsabilité de l'ensemble des acteurs de l'éducation des enfants et des adolescents. Il s'agit en tout premier lieu des familles et de l'institution scolaire, mais aussi de tous les acteurs qui façonnent l'environnement social et média-

tique. Chacun d'eux a un rôle spécifique à jouer dans le champ clairement circonscrit de ses responsabilités. Promouvoir la prise en compte de ces questions nécessite une vision claire des missions de chacun ainsi que de la frontière entre la sphère privée et la sphère publique. Du côté des familles, il s'agit d'accompagner, d'aider à assumer la transmission transgénérationnelle par un soutien à la parentalité. Du côté des acteurs institutionnels comme l'école, l'enjeu central est de permettre à chacun de contribuer à la promotion de la santé au cœur même de son identité professionnelle et de ses missions (enseignements, vie collective à l'école) et donc d'agir pour favoriser l'enracinement de la prévention des conduites à risque, la promotion de la santé des élèves et leur réussite.

EN RÉSUMÉ

La mise en place de programmes de prévention ou de promotion de la santé auprès des jeunes nécessite de prendre en compte de nombreux déterminants des comportements à risque, dont certains sont communs à l'ensemble des comportements :

- l'influence des pairs ;
- l'environnement proche du jeune, que ce soit son milieu de vie et/ou sa famille plus ou moins soutenants ;
- les déterminants personnels comme l'estime de soi, la capacité à faire face aux événements et les mécanismes d'adaptation.

Dans une perspective de promotion de la santé, il s'agit de tenir compte des déterminants du bien-être et des facteurs de protection des comportements à risque et de les favoriser, qu'ils agissent dans l'environnement proche des jeunes ou qu'ils soient plutôt liés à des éléments politiques et organisationnels.

La santé est un facteur de réussite éducative et la réussite éducative est un facteur de santé. Les comportements à risque et le décrochage scolaire ont des déterminants communs. Prévenir les comportements à risque, promouvoir la santé et contribuer à la réussite éducative de tous les jeunes correspondent à différents éclairages d'une même perspective.

Prévention des comportements à risque et promotion de la santé à l'école

Ce chapitre fait le point sur les interventions efficaces pour prévenir les comportements à risque chez les jeunes et améliorer leur intégration en milieu scolaire dans une approche globale de leur santé, leur bien-être et leur réussite[45].

Le choix approprié des interventions en fonction du contexte et des besoins des jeunes est l'un des éléments du succès. Un autre facteur important pour la réussite du projet est la planification soigneuse de son implantation. Des modèles d'intégration d'interventions en milieu scolaire dans un projet global de santé complètent ce chapitre. Cette dernière stratégie apparaît actuellement comme la plus prometteuse.

LES INTERVENTIONS EFFICACES

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

Les études évaluatives réalisées ces vingt dernières années ont permis d'identifier certaines caractéristiques propres aux interventions efficaces (Blanchet, 1993 ; Domitrovich et Welsh, 2000 ; Greenberg *et al.*, 2001 ; Lemarquand *et al.*, 2001 ; United States Department of Health and Human Services, 2001 ; Webster-Stratton et Taylor, 2001).

Les interventions qui se révèlent efficaces accordent une place privilégiée aux méthodes qui sollicitent la participation active et interactive des élèves (jeux de rôle, mises en situation, travaux pratiques sur

45. Une intervention est caractérisée par les activités d'un promoteur qui en sera l'organisateur, en interaction avec les activités des intervenants et de la population bénéficiaire qui en seront tous deux les acteurs directs. Quant à la prévention des comportements à risque, elle a pour objet de diminuer les comportements à risque, c'est-à-dire les comportements qui mettent en danger de façon significative la vie ou la santé. Elle contribue ainsi à réduire la fréquence et la gravité des traumatismes ou des pathologies qui découlent de ces comportements. Enfin, les interventions de prévention des comportements à risque sont considérées comme efficaces dès lors qu'elles sont susceptibles de réduire les facteurs

les ressentis et les émotions, etc.) et ne se réduisent pas à une transmission d'information (Webster-Stratton et Taylor, 2001). Les méthodes d'intervention sont aussi sélectionnées en fonction de la population de jeunes qu'elles concernent : enfants d'une certaine classe d'âge, population générale ou groupe à risque.

Il est ainsi recommandé de travailler sur des compétences plus spécifiques pour des groupes à risque (gestion de la colère, capacité d'autorégulation, gestion de l'anxiété, etc.) et sur des compétences plutôt d'ordre social pour les adolescents (relations avec les pairs, capacités à résister à la drogue) (Domitrovich et Welsh, 2000). Les programmes efficaces ont recours à des interventions qui s'inscrivent dans la durée. En effet, les programmes brefs produisent des effets à court terme. Afin de maintenir les bénéfices sur la durée, il est important que le temps d'intervention soit suffisamment long (plus de vingt heures par an pour les enfants et les parents selon Webster-Stratton et Taylor, 2001) et que le programme s'étende sur plusieurs années. Les interventions efficaces reprennent ainsi les différents éléments à aborder tout au long de la scolarité des enfants en les adaptant à leur expérience et à leur niveau de maturité et en les coordonnant avec les programmes scolaires (Williams, 1990).

Il semble que le fait d'agir sur plusieurs facteurs simultanément soit aussi un critère d'efficacité (Cuijpers, 2002 ; Lemarquand *et al*., 2001). Les effets des interventions centrées sur les compétences psychosociales des jeunes sont renforcés lorsqu'elles sont associées à des interventions réalisées auprès des familles, des enseignants et de l'environnement scolaire (Webster-Stratton et Taylor, 2001). Ainsi, les programmes les plus récents mettent en place des actions coordonnées sur du long terme, proposent des apprentissages cohérents et une mise en lien des différents acteurs que sont les jeunes, les parents, les enseignants, les professionnels des services de santé, les membres d'associations, etc. (Webster-Stratton et Taylor, 2001).

Toute intervention doit aussi s'assurer de la qualité de son implantation. En effet, la qualité de l'implantation est un élément aussi important que les caractéristiques intrinsèques du programme (United States Department of Health and Human Services, 2001). Les spécificités de la population concernée et celles de l'environnement doivent être largement considérées. Le *Center for Disease Control and Prevention* américain[46] insiste aussi fortement sur les compétences, la formation et la supervision des équipes qui interviennent sur le terrain (voir le chapitre 6 sur l'accompagnement du renouvellement des pratiques). Les personnes responsables de la mise en application de l'intervention doivent avoir une excellente connaissance du programme et du milieu ; elles doivent être à l'aise avec la dynamique de groupe et avoir de bonnes capacités relationnelles (United States Department of Health and Human Services, 2001). Les ressources nécessaires doivent bien sûr avoir été mises à leur disposition.

Des facteurs limitant l'efficacité des interventions ont aussi été pointés. Ainsi, les programmes appliqués en réponse à une situation de crise, surtout lorsqu'ils sont élaborés selon une approche moralisatrice ou basée sur la peur ; les programmes faisant largement appel à des interventions extérieures et ponctuelles avec peu d'engagement des professionnels de l'établissement

---

de risque et d'accroître les facteurs de protection qui déterminent ces comportements ou leurs conséquences sur la santé.

46. Aux États-Unis, les centres pour le contrôle et la prévention des maladies forment une agence de protection de la santé publique et de la sécurité du public. Ils dépendent du ministère américain de la Santé et des Services aux personnes. Leurs missions principales sont de fournir de l'information pour améliorer les décisions en matière de santé et de promouvoir la santé en établissant des partenariats solides avec les départements de la santé des différents États et d'autres organisations (voir www.cdc.gov).

ainsi que les programmes ayant peu investi dans la formation des enseignants et bénéficiant de peu de ressources de soutien, sont considérés comme peu prometteurs (Binyet et De Haller, 1993 ; Perez-Stable et Fuentes-Afflick, 1998).

MÉTHODES D'INTERVENTION

Les méthodes d'intervention peuvent être classées en fonction de la population avec laquelle on travaille (caractéristiques, nombre d'individus concernés, etc.), (Domitrovich et Welsch, 2000 ; Greenberg *et al.*, 2001 ; Webster-Stratton et Taylor, 2001).

Les méthodes centrées uniquement sur les jeunes

Ces méthodes d'intervention sont les plus connues et les plus répandues. Elles visent à développer les aptitudes sociales ou interpersonnelles (attitude prosociale, régulation de l'agressivité, résolution de problèmes, *coping*[47], affirmation de soi, capacité de refus, communication, relations aux pairs, etc.), les compétences cognitives (capacité de raisonnement, esprit critique, identification des situations anxiogènes, prise de décision, image de soi, apprentissages scolaires, etc.) et les aptitudes émotionnelles des jeunes (gestion de la colère, régulation émotionnelle, contrôle de soi, compréhension des émotions, confiance en soi, gestion de l'anxiété et du stress, etc.) (Domitrovich et Welsch, 2000 ; Greenberg *et al.*, 2001 ; Webster-Stratton et Taylor, 2001).

Ces méthodes axées sur le développement des compétences psychosociales sont proposées à des enfants et des adolescents âgés de 3 à 16 ans et elles sont appliquées le plus souvent dans le cadre de programmes de prévention ayant lieu à l'école (maternelle, primaire ou secondaire) (Domitrovich et Welsch, 2000). En termes d'impact, on a pu observer des effets à court, moyen et long terme sur les conduites à risque (réduction des problèmes de comportement, baisse des consommations nocives d'alcool, de tabac, de cannabis), sur les capacités de *coping* et d'adaptation, sur la réussite scolaire. On a aussi relevé des résultats positifs à moyen terme sur les problèmes dépressifs et anxieux. Ces méthodes sont utilisées dans le cadre de programmes de promotion de la santé et dans tous les types de prévention (universelle, sélective ou indiquée)[48]. Soulignons que les programmes sélectifs et indiqués mettent particulièrement l'accent sur les compétences psychosociales impliquées directement dans les troubles visés : capacités d'autorégulation, gestion de la colère, relations aux pairs dans le cadre de la prévention des problèmes de comportement ; identification des situations anxiogènes et gestion de l'anxiété dans le cadre de la prévention des troubles anxieux (Domitrovich et Welsch, 2000).

Les méthodes centrées sur la communauté

La mise en place « d'adultes-support » auprès d'adolescents a fait la preuve de son efficacité dans le domaine de la prévention de la violence. Dans ce cas, un adulte

---

47. *Coping* est un terme anglais qui se traduit par « faire face » ou « stratégie d'ajustement ». Il renvoie à l'idée que l'individu ne subit pas passivement les situations stressantes auxquelles il est confronté mais qu'il essaie d'y faire face. On parle de *coping* pour désigner les réponses et réactions que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou tolérer ce type de situation (Bruchon-Schweitzer, 2002).

48. L'Organisation mondiale de la santé distingue en fonction de l'extension de leur champ d'action (OMS, 2002) :
– **la prévention universelle** qui porte sur la population en général : ici l'ensemble des enfants et des adolescents sans distinguer ceux qui présentent des risques particuliers ;
– **la prévention sélective** qui s'adresse à des personnes ou à des groupes de personnes à risque du fait de facteurs environnementaux, sociaux ou familiaux, par exemple des enfants de parents en situation de précarité, des enfants qui vivent dans un climat familial conflictuel ou dont les parents souffrent d'une addiction... ;
– **la prévention indiquée** qui s'adresse à des personnes qui présentent des facteurs de risque individuels ou des symptômes : jeunes en échec scolaire, enfants manifestant des comportements agressifs ou ayant des problèmes d'anxiété.

référent apporte son soutien à un jeune à travers des activités extrascolaires et de loisir. Pour que cette approche soit efficace et que le lien entre le jeune et l'adulte puisse se construire, il est important qu'elle s'inscrive dans le temps (Greenberg *et al.*, 2001).

Les méthodes centrées sur l'environnement scolaire

Ces méthodes peuvent s'attacher à modifier l'environnement scolaire en proposant par exemple une formation à l'ensemble des professionnels de l'établissement, de nouvelles activités dans l'école, la mise en place de tuteurs pour les élèves, le développement de liens entre les enseignants et les parents, la mise en place de commissions de coordination entre le personnel de l'école, les services de santé de la ville et des représentants de parents. Ces méthodes ont principalement été utilisées dans le cadre de programmes universels. Des effets ont été observés à moyen terme sur les problèmes de comportements, la consommation d'alcool, les problèmes anxio-dépressifs, le stress, l'estime de soi et la satisfaction à l'école.

Les méthodes centrées sur les parents et les jeunes ou sur les parents et les enseignants

Les méthodes d'intervention centrées sur les parents prennent le plus souvent la forme de formations parentales abordant différentes dimensions sociales, comportementales, cognitives et émotionnelles telles que : la gestion de la colère de l'enfant, la discipline positive et non-violente, l'éducation parentale compréhensive, le renforcement positif, la communication parent-enfant efficace, la connaissance du développement de l'enfant, etc.

Ces formations parentales peuvent se dérouler sous différentes formes, individuellement ou en groupe, à la maison, à l'école ou dans un centre de soin. Tous les types de programmes peuvent faire appel à ces formations mais ce sont le plus souvent les programmes de prévention sélectifs ou indiqués qui y ont recours. Les formations parentales sont toujours associées à une autre méthode d'intervention. Domitrovich et Welsh (2000) soulignent en effet que ces méthodes ont souvent peu d'impact à long terme si elles sont appliquées seules. Les formations peuvent être couplées à une intervention s'adressant aux jeunes et visant à développer leurs compétences émotionnelles, cognitives et sociales. Elles peuvent aussi être associées à une intervention centrée sur les enseignants. Les méthodes d'intervention à destination des enseignants se présentent le plus souvent sous la forme de formations abordant différentes thématiques telles que l'enseignement interactif, l'apprentissage coopératif, la mise en œuvre d'une organisation et d'une discipline plus adaptées, le renforcement positif, les capacités de résolution de problèmes, la gestion de groupe, la gestion des conflits, etc. Ce type d'intervention peut avoir de l'impact à long terme sur les problèmes de comportements, l'abus d'alcool, les relations familiales, les relations avec l'école, l'engagement et les résultats scolaires, la réussite professionnelle.

Les méthodes qui intègrent plusieurs dimensions

Ce type d'interventions s'est développé récemment en s'appuyant sur les résultats des études évaluatives réalisées dans le cadre de programmes uni ou bi-dimensionnels. Ces programmes ont été construits avec l'idée de reprendre le meilleur de ce qui avait été fait précédemment et d'optimiser l'efficacité des interventions. Ils cherchent à appréhender les problèmes dans leur globalité et à agir sur les différentes dimensions impliquées. Il s'agit ainsi d'intervenir auprès des enfants et des adolescents en favorisant le développement des compétences sociales,

cognitives et émotionnelles tout en impliquant les parents à travers des formations ou des visites à domicile, en modifiant l'environnement scolaire (formations des professionnels, tutorat, nouvelles activités, meilleure coordination entre les partenaires, etc.) et en mobilisant la communauté (« adulte-support », événements, médias, services de la ville, etc.). Les résultats issus des premières données d'évaluation mettent en avant des effets sur les problèmes de comportements, les performances scolaires, les compétences interpersonnelles et les relations au sein de la famille, de l'école et de la communauté.

LES INTERVENTIONS VALIDÉES

LA NOTION D'INTERVENTION VALIDÉE : ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Pour qu'un programme de prévention puisse être considéré comme validé et qualifié de « fondé sur des données probantes » (*evidence based program*), plusieurs critères doivent être remplis (SAMSHA[49] ; Surgeon, 2001 ; Webster-Stratton et Taylor, 2001 ; Lemarquand, 2001). Tout d'abord, les méthodes d'intervention s'appuient sur une ou plusieurs théories de référence. Il est aussi nécessaire que le contenu de l'intervention soit largement détaillé dans un manuel et que les actions réalisées soient en adéquation avec ce dernier. Une évaluation du processus d'implantation (ou contrôle de qualité) est toujours associée à la mise en place de l'intervention. En plus d'être bien ancrée théoriquement et d'être bien définie méthodologiquement, l'intervention doit avoir fait la preuve de son efficacité. Ceci implique la mise en œuvre d'une évaluation de résultats à l'aide d'un protocole de recherche rigoureux :

- plan (quasi-)expérimental comparant un groupe de personnes ayant participé à l'intervention à un groupe contrôle n'ayant pas suivi le programme ;
- contrôle des événements collatéraux ;
- taux d'abandon faible et « perdus de vue » analysés ;
- instruments de mesures fidèles et valides ;
- mesures (avant/après) portant sur :

– les variables de résultats (la consommation de substances, les comportements agressifs, les troubles anxieux, la capacité à faire face, etc.) ;
– les variables médiatrices liées aux facteurs de risque et de protection et pouvant être modifiées par l'intervention (les attitudes parentales, les relations avec les pairs, la motivation scolaire, l'estime de soi, etc.) ;
– les variables modératrices qui influencent l'impact de l'intervention (le statut socio-économique des parents, les événements de vie, le quotient intellectuel, etc.) ;

- analyses statistiques appropriées...

Les effets établis par ces analyses statistiques sont significatifs et positifs sur un certain nombre de variables médiatrices et de résultats. Il est également important que les effets soient maintenus sur une certaine période (un minimum d'un an est recommandé). Ces résultats positifs doivent aussi être répliqués sur plusieurs sites (deux au minimum).

Enfin, il est important que ces données d'évaluation soient disponibles et diffusées sous forme de rapport ou d'articles scientifiques.

QUELQUES EXEMPLES DE PROGRAMMES VALIDÉS

Il est à noter que les données scientifiques en matière d'interventions validées portent quasi-exclusivement sur des programmes visant à prévenir des troubles ou des

49. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, voir www.samhsa.gov/.

problèmes : abus de substances, comportements suicidaires, problèmes de comportements, troubles dépressifs, troubles anxieux, etc. L'objectif d'amélioration des compétences et de promotion de la santé, qui pourtant sous-tend chacune de ces interventions préventives, n'est pas systématiquement explicité. Soulignons cependant que toutes ces méthodes d'intervention sont orientées vers le développement des savoir-faire et des savoir-être et que la plupart des études évaluatives contiennent plusieurs mesures de variables de santé positive.

Dans le domaine de la prévention de la violence chez les jeunes, des centaines de programmes ont été développés et implantés ces trente dernières années. Cependant, seulement une vingtaine d'entre eux peuvent être considérés comme validés (Domitrovich et Welsh, 2000 ; Lemarquand *et al*., 2001 ; United States Department of Health and Human Services, 2001). En ce qui concerne les interventions préventives contre l'usage de substances psychoactives**,** une douzaine de programmes auraient démontré leur efficacité (Cuijpers, 2002). Parmi ces programmes validés, certains ont été largement diffusés et quelques uns ont été implantés dans plusieurs pays. Dans le champ de la prévention du suicide chez les jeunes, Breton *et al*. (2002) font état de quinze programmes évalués au Canada dont seulement deux ayant fait leur preuve sur la réduction des comportements suicidaires. Aux États-Unis, le registre des interventions fondées empiriquement réalisé par le *Suicide Prevention Resource Center* (SPRC) présente douze programmes de prévention validés contre le suicide. Quelques exemples sont présentés ci-après.

Life Skills Training

Développé par le Dr Gilbert J. Botvin, professeur de santé publique aux États-Unis, il s'agit d'un programme de prévention des consommations de cannabis, de tabac et d'alcool, de type universel en milieu scolaire (école primaire, secondaire). Il est centré sur les jeunes et vise à développer leurs compétences sociales (affirmation de soi, résolution de conflits, communication, compétences pour résister à la pression sociale), leur capacités émotionnelles et cognitives (image de soi, gestion de l'anxiété et de la colère, prise de décision) et leurs connaissances des produits psychoactifs. Il existe un programme spécifique pour l'école primaire (8-11 ans) et un autre pour le collège (11-14 ans). Chacun des programmes est composé de trente sessions (15 sessions la première année, 10 la deuxième, 5 la dernière année). Chaque session, d'une durée approximative de quarante-cinq minutes, porte sur un thème spécifique (exemple : la capacité à résister à la pression des pairs) et s'appuie sur des lectures, des discussions, des exercices pratiques et du tutorat. Les sessions sont accompagnées par des exercices à faire à la maison. Elles sont animées par les enseignants eux-mêmes ou par des intervenants extérieurs ayant été formés au programme. Des manuels (un pour l'enseignant et un pour l'élève) servent de support à la formation. *Life Skills Training Program* a été développé et évalué depuis une vingtaine d'années. Une quinzaine d'études évaluatives ont pu démontrer son efficacité sur la réduction de la consommation de substances addictives (à court et à long terme). Le taux de consommation de cannabis, d'alcool et de tabac serait de 59 % à 75 % plus faible (selon les études) dans le groupe ayant bénéficié du programme comparativement à un groupe contrôle. Cette réduction se maintiendrait à environ 45 %, six ans après (Botvin, 2006).

Bullying Prevention Program

Développé en Norvège par Dan Olweus, ce programme cherche à réduire le niveau d'agression et de conflit dans les établissements primaires et secondaires en agissant

sur l'environnement scolaire (Elliot, 1999 ; Olweus, 1989, 1993, 1994, 1997). Un premier état des lieux des agressions scolaires est effectué à l'aide d'un questionnaire et une conférence présentant ces données est réalisée dans le but de favoriser la prise de conscience et de réfléchir aux solutions possibles. Un comité est constitué afin de superviser les interventions. Un groupe visant à réguler les comportements des jeunes durant les moments d'interclasse est aussi mis en place. Des interventions sont réalisées dans les classes : instauration de règles spécifiques contre les brutalités scolaires, ateliers concernant les comportements agressifs et antisociaux. À un niveau individuel, des rencontres sont effectuées avec les jeunes victimes et les responsables d'agression ainsi que les parents des jeunes impliqués. Une première évaluation de ce programme a été effectuée en 1984-85 à Bergen (Norvège) auprès de 2 500 jeunes issus de 42 établissements scolaires primaires et secondaires à l'aide d'un protocole quasi-expérimental. Une diminution significative des agressions a été observée huit mois et vingt mois après l'intervention (avec une diminution plus prononcée à vingt mois). Environ 50 % de moins de jeunes déclarèrent avoir commis ou avoir été victimes de brutalités. Les jeunes faisaient aussi état de moins d'actes antisociaux (vandalisme, bagarres, vols, ivresse, etc.) et d'une amélioration du climat scolaire, des relations interpersonnelles et de leur rapport à l'école en général. Ce programme a été répliqué dans plusieurs pays tels que l'Angleterre, l'Allemagne et les États-Unis et ses résultats positifs ont à nouveau été constatés (Hanewinkel et Knaack, 1997 ; Whitney *et al.*, 1994 ; Melton *et al.*, 1998).

Montreal Prevention experiment

Développée à Montréal et évaluée par Richard.E. Tremblay et son équipe, cette initiative vise à réduire les comportements agressifs chez les enfants âgés de 7 à 9 ans présentant déjà des troubles de comportements. Il s'agit d'un programme centré sur les enfants et les parents. L'intervention réalisée auprès des enfants cherche à favoriser le développement des compétences sociales, cognitives et émotionnelles (auto-régulation, comportement pro-social, etc.) grâce à des techniques de jeux de rôle, de tutorat et de travail avec les pairs. Cette intervention se déroule au sein du milieu scolaire sur deux années. L'autre partie du programme implique les parents. Une formation aux renforcements positifs, aux résolutions de problèmes et aux méthodes éducatives non basées sur la punition est proposée au cours d'une trentaine de sessions réalisées sur deux années. Un important protocole d'évaluation a été associé à ce programme de prévention, avec en particulier des mesures de suivi à quatre-cinq ans. Il a ainsi pu être démontré que les enfants ayant bénéficié de cette intervention présentaient, à l'âge de la pré-adolescence, moins de comportements agressifs et délinquants et moins de consommations abusives d'alcool et de drogues.

Les Amis de Zippy (*Zippy's Friends*)

Programme de promotion de la santé mentale en milieu scolaire, il vise l'acquisition de mécanismes d'adaptation (*coping*) par l'ensemble des enfants de 6 et 7 ans. Il a été développé par l'organisme à but non lucratif *Partnership for Children*[50] et a été, à ce jour, dispensé à plus de 30 000 enfants à travers le monde[51]. Le programme comporte 24 séances de quarante-cinq minutes par semaine reparties sur une année scolaire. Il propose six histoires au sujet d'un groupe de jeunes enfants et de Zippy, l'insecte « domestiqué » de l'un d'entre eux. Les histoires les montrent confrontés aux problèmes et défis habituels des jeunes enfants tels que

50. www.partnershipforchildren.org.uk
51. Exemples : Angleterre, Brésil, Canada, Chine, Danemark, Inde, Irlande, Islande, Lituanie, Norvège, Pologne.

vivre des émotions positives et négatives, communiquer, nouer et mettre fin à des relations, résoudre des conflits, composer avec la perte et le changement, et « repartir à neuf ». Chaque séance comporte une lecture de l'histoire (illustrée par des images) par l'animateur (enseignant ou personne-ressource d'une école ou d'une commission scolaire), suivie par des activités telles que dessiner, discuter et jouer. Le but de ces activités est d'aider les enfants dans l'exploration et la compréhension de leurs sentiments et de leurs comportements. *Les Amis de Zippy* ne dit pas aux enfants ce qu'il faut faire, quelle est la solution bonne ou mauvaise mais les encourage plutôt à faire leur propre exploration et à penser par eux-mêmes. Ce programme enseigne donc aux enfants comment s'ajuster aux difficultés quotidiennes, à identifier leurs sentiments, à en parler et à explorer différentes manières de composer avec eux.

En 2006, Brian Mishara[52] et Mette Ystagaard ont publié les résultats d'une étude d'évaluation réalisée au Danemark et en Lituanie. Les groupes d'intervention étaient composé d'environ 300 enfants (322 pour le Danemark et 314 pour la Lituanie), tandis que les groupes témoins comprenaient environ 100 enfants (110 pour le Danemark et 104 pour la Lituanie). Les auteurs concluent que le programme a des effets bénéfiques à court terme. En effet, comparativement aux groupes témoins, les enfants montraient une amélioration significative de leurs compétences d'adaptation, de leurs compétences sociales et une diminution des comportements problématiques. Pour montrer des effets à moyen terme, une étude (Monkevicienė, Mishara et Dufour, 2006) a été menée auprès d'enfants lituaniens qui avaient bénéficié du programme au cours de l'année scolaire précédente et qui étaient dans une période de transition scolaire (passage du jardin d'enfant [*Kindergarten*] vers le primaire [*elementary school*]). Le groupe expérimental était composé de 140 enfants et le groupe témoin de 106. Il a été mis en évidence que le groupe expérimental avait un score moyen plus élevé d'adaptations comportementales et émotionnelles par rapport au groupe contrôle. Ce même groupe contrôle avait quant à lui environ deux fois plus de problèmes d'autorégulation, d'apprentissages et de discipline. En terme de réponses pour « résoudre des problèmes », le groupe d'expérimentation utilisait significativement plus de méthodes considérées comme appropriées. L'évaluation de la première année d'implantation des *Amis de Zippy* au Québec (Dufour, 2005) a montré des effets tout aussi positifs.

LES INTERVENTIONS PROMETTEUSES

LA NOTION D'INTERVENTION PROMETTEUSE

Peu d'interventions issues des quatre pays concernés répondent à la totalité des critères d'une intervention validée, souvent en raison de l'insuffisance de données d'évaluation des résultats. Toutefois, cette insuffisance ne doit pas être confondue avec un manque d'efficacité des interventions. Par ailleurs, il convient de signaler ici que l'engouement soulevé par le développement de pratiques fondées sur les données probantes en promotion de la santé est loin d'être partagé par tous. Ainsi, Louise Potvin, en 2007, dans un article intitulé « Faut-il s'inquiéter de l'engouement pour les pratiques fondées sur les données de recherche en promotion de la santé ? », soulève la question de la transposition dans le champ de la promotion de la santé de pratiques issues de la médecine

52. Voir sur www.crise.ca/fr/mb_details.asp?section=membres&usager=misharab, une présentation de ses travaux de recherche.

clinique et de secteurs hautement techni-cisés et spécialisés. Les interventions en promotion de la santé sont complexes. Elles font intervenir des facteurs humains (en interaction entre eux et avec l'intervention elle-même), des facteurs environnementaux (où les conditions d'implantation et les contextes sont extrêmement variables) et des facteurs temporels (les périodes d'intervention sont souvent longues – c'est un critère d'efficacité –) qui rendent difficile une forme de standardisation qui, elle, aura du mal à ne pas réduire cette complexité et par conséquent à tenir compte de ces effets d'interaction. C'est pourquoi à la notion d'intervention « validée », il paraît indispensable, dans ce champ particulier de la promotion de la santé, d'ajouter celle d'intervention prometteuse, basée certes sur des résultats d'évaluation – de processus notamment –, mais également sur des connaissances résultant d'un processus déductif qui consiste à appliquer à une situation donnée des connaissances théoriques.

L'EXEMPLE DE *MIEUX VIVRE ENSEMBLE DÈS L'ÉCOLE MATERNELLE*

Le programme *Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle* a été conçu en 1993 par Jacques Fortin, professeur en sciences de l'éducation à la faculté de médecine de Lille, en concertation avec un groupe d'enseignants d'écoles primaires. Il vise à créer un climat scolaire apaisé, favorable aux acquisitions cognitives et au développement global de l'enfant. Il est expérimenté dans de nombreuses écoles en France. Le programme a pour objectif de permettre aux jeunes élèves d'acquérir un certain nombre de compétences : avoir confiance en soi, savoir exprimer et gérer ses émotions, repérer celles des autres, être attentif à l'autre, prendre conscience des pressions bonnes ou mauvaises et identifier les stratégies qui permettent d'y résister, aider et être solidaire, respecter les règles et les lois, savoir gérer les conflits pacifiquement. L'intervention vise l'ensemble des élèves des écoles maternelles et élémentaires[53]. Autant que possible, toutes les classes d'une même école sont impliquées, de façon à obtenir une certaine cohérence éducative.

Le manuel qui a été élaboré à l'intention des enseignants comporte des fiches par niveau et propose du matériel pédagogique en lien avec les programmes scolaires. Une formation minimale des enseignants est nécessaire pour assurer la compréhension des objectifs et l'intégration des principes dans la pratique pédagogique. Les parents sont informés du contenu du programme et invités à en appliquer les principes pédagogiques.

Le programme se déroule toute au long de l'année. Il comprend d'une part un temps hebdomadaire d'approfondissement d'une notion qui dure de quinze à cinquante minutes selon l'âge des élèves ; d'autre part – et surtout – le réinvestissement par l'enseignant des notions abordées à toute occasion de la vie de la classe. Il s'agit avant tout d'un apprentissage par expériences qui trouve sa place dans la pratique pédagogique au quotidien.

Pour chaque séquence, les élèves sont rassemblés en cercle autour de l'enseignant pour la présentation du thème, toujours introduit par la lecture d'un texte suscitant une discussion qui se déroule selon des règles de respect bien précises et rapidement intégrées. L'approfondissement du thème abordé se fait par des activités pédagogiques diverses, toujours en référence aux programmes officiels : recherches documentaires, écrits dès que les enfants le peuvent, activités motrices, expression corporelle,

53. En France, on parle de premier degré de l'enseignement, par opposition au second degré (secondaire) constitué du collège et des lycées. Ce premier cycle est composé des écoles maternelles qui accueillent les enfants de 3 à 6 ans, et des écoles élémentaires, de 6 à 10-11 ans, âge de leur entrée au collège, en 6e.

jeux de rôle, expression artistique, dessin, chant, etc.

Les thèmes sont abordés et repris en spirale en fonction des trois cycles : cycle des apprentissages premiers (sentiments, joie, tristesse, peur, colère, entraide, identité, qualités, similitudes et différences, affirmation de soi, consignes, disputes) ; cycle des apprentissages fondamentaux (qualités et compétences, sentiments, joie, colère, solidarité, compétences des autres, similitudes et différences, écoute active, prise de responsabilité, respect d'autrui, moqueries, règlement, violence, vol) ; cycle des approfondissements (honte, droit à l'erreur, affirmation de soi, souffre-douleur, publicité et liberté de choisir, nécessité de lois pour tous, médiation, bagarre, racket, injure, triche, drogue). Cette division en trois cycles permet de tenir compte du niveau de développement des élèves.

Le programme a été évalué dans trois écoles (Fortin, 2002). Un score de mesure de l'agressivité, hyperactivité, retrait et prosocialité, validé au Québec a été calculé dans chaque classe à partir de questionnaires remplis pour chaque enfant par les enseignants. Le score par classe (de la grande section de maternelle au cours moyen 2e année [CM2][54]) a été mesuré avant le début du programme puis durant deux années. Les scores ont tous montré une amélioration des résultats particulièrement significatifs en matière de prosocialité et de retrait, ce qui traduit un changement effectif des pratiques pédagogiques ; le niveau d'agressivité et d'hyperactivité a baissé, de manière plus ou moins significative selon le score de départ. L'évaluation qualitative du processus est très positive dans la mesure où les enseignants qui adoptent les principes perçoivent en quelques semaines des changements d'attitudes des élèves. Le climat scolaire est effectivement amélioré. Les échecs sont toujours liés à la difficulté de certains enseignants à modifier leurs pratiques, notamment à valoriser les progrès et à reconnaître les compétences non cognitives.

MODÈLES D'INTÉGRATION DES INTERVENTIONS EN MILIEU SCOLAIRE

L'école, dans l'accomplissement de sa mission éducative, mais aussi comme milieu de vie le plus important après la famille, exerce une grande influence sur le développement des aptitudes des enfants et des jeunes. Aucune autre institution n'accueille une partie aussi importante de la population, de façon quotidienne et pendant une aussi longue période de sa vie. Pendant le temps passé à l'école surviennent des phases critiques dans le développement global des enfants et des jeunes.

Dans nos pays industrialisés, l'école permet de contacter la quasi-totalité des enfants et des jeunes de façon équitable et universelle indépendamment de leur statut socioéconomique, leur origine ethnoculturelle ou leurs problèmes de santé. Une intervention utilisant les structures scolaires permet de toucher plus de 95 % des jeunes de 5 à 18 ans.

Les premières initiatives de promotion de la santé à l'école se sont développées dans le cadre du modèle médical dominant avec une préoccupation axée sur la prévention de pathologies spécifiques ou problèmes de santé. Depuis, les programmes ont pris en compte les problèmes ou thèmes de santé publique d'actualité tels que la consommation d'alcool et de drogues, la consommation de tabac, la nutrition, l'activité physique, l'obésité, la sexualité, le sida, la santé mentale.

54. Le CM2 est le dernier niveau (avant l'entrée au collège) de l'école primaire en France.

En 1986, la charte d'Ottawa (voir encadré à la fin de ce chapitre) a défini la promotion de la santé comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Sur cette base, les *Écoles promotrices de santé* ont développé des buts plus globaux : leur objectif est de promouvoir la santé et le bien-être des élèves, du personnel et des parents au-delà de la prévention de problèmes de santé.

Le modèle *Écoles promotrices de santé* (*Health Promoting School*), développé initialement en Europe, et le modèle *Comprehensive School Health Program* ont tous les deux inspirés de nombreux modes d'intégration des interventions de santé en milieu scolaire.

LES *ÉCOLES PROMOTRICES DE SANTÉ* (*HEALTH PROMOTING SCHOOLS*)[55]

Historique et modalités de mise en œuvre :

Dans les années 1990, l'OMS, la Commission européenne et le Conseil de l'Europe ont développé l'initiative des Écoles promotrices de santé. Cette approche multifactorielle intègre les apprentissages de savoirs et de savoir-faire concernant la santé dans les classes, le changement physique et social de l'environnement scolaire et la création de liens avec la communauté extérieure à l'établissement scolaire.

En 1995, l'OMS a publié des recommandations pour les établissements scolaires souhaitant avoir le « label » *d'École promotrice de santé*. Les axes de travail pour ces établissements scolaires portaient sur les points suivants :

- les politiques de santé de l'établissement ;
- son environnement physique ;
- l'environnement social ;
- les relations entre l'établissement et la communauté ;
- le développement de compétences liées à la santé ;
- les services de santé scolaires.

Selon l'OMS, une école promotrice de santé va favoriser la santé et l'apprentissage, impliquer les responsables de la santé et de l'éducation, les parents, les enseignants, les élèves et les personnes clé au niveau communautaire, fournir un environnement sain, des services de santé, des cours d'éducation pour la santé, d'éducation physique, de bons services de nutrition, un soutien social et des programmes de santé mentale pour les élèves et le personnel. Elle va aussi mettre en oeuvre des politiques et pratiques pour renforcer l'envie de réussite et l'estime de soi et va s'efforcer d'améliorer la santé des élèves, du personnel de l'école, des familles et des membres de la collectivité.

Pour aider la mise en place des *Écoles promotrices de santé* (EPS), St Léger (2005) propose les pistes suivantes :

- gagner le soutien de la direction et de l'administration de l'école ;
- créer un petit groupe de personnes actives composé d'enseignants, d'élèves, de parents et de membres de la communauté pour piloter le projet et coordonner les efforts ;
- examiner les actions déjà en cours dans chacun des six axes de travail cités ci-dessus ;
- fixer des objectifs et une stratégie pour les atteindre ;
- élaborer une charte d'*École promotrice de santé* ;
- prévoir un personnel scolaire adapté, des programmes de renforcement des capacités et des occasions de mettre ces aptitudes en pratique ;
- s'accorder deux à trois ans pour atteindre certains objectifs spécifiques.

Dans le cadre de la cinquième conférence européenne de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la

55. Des informations plus détaillées sur les écoles promotrices de santé peuvent être obtenues le site du réseau européen des écoles promotrices de santé : www.euro.who.int/ENHPS

santé (UIPES) sur « L'efficacité et la qualité de la promotion de la santé », qui s'est déroulée en juin 2002, une séance a examiné l'efficacité des écoles promotrices de santé. L'une des conclusions était que pour mettre en place des programmes efficaces dans ce domaine, il fallait disposer d'un ensemble de données probantes indiquant ce qui fonctionne dans des milieux et contextes différents et pour des populations différentes.

Le Réseau européen des *Écoles promotrice de santé* est caractérisé par un processus complexe de changement et d'évolution. Cette démarche de construction d'écoles promotrices de santé durables et efficaces est hautement politique et l'instauration de telles écoles promotrices de santé exige une planification soignée et le recrutement d'intervenants influents et qui restent engagés. Pour être durable, le processus doit bénéficier de l'appui et de l'implication des ministères de l'Éducation et de leurs institutions.

Exemple : l'approche *École en santé* au Québec[56]

Au Québec, comme dans les autres pays concernés, bien que les interventions de promotion et de prévention soient nombreuses, elles ont tendance à être morcelées, peu coordonnées et à répondre à des problématiques ponctuelles sans toujours revêtir l'intensité, la continuité et la globalité encouragées dans les pratiques jugées prometteuses et efficaces. Pour faire échec à ces constats, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport enjoignent leurs réseaux respectifs à planifier et déployer une intervention globale et concertée de promotion et de prévention à partir de l'école : l'approche *École en santé*.

Celle-ci centre la promotion et la prévention sur les principaux facteurs individuels et environnementaux favorables à la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes et aide à prévenir certaines difficultés pouvant compromettre leur développement (décrochage scolaire, détresse psychologique, comportements violents, dépendances, obésité, etc.). Elle soutient que les actions doivent être variées, intenses et continues, faire appel à des stratégies multiples et viser simultanément les jeunes, l'école, la famille et la communauté pour obtenir un impact optimal.

L'approche concerne les écoles de niveau préscolaire, primaire et secondaire. Dans chaque *École en santé*, un comité composé de la direction d'école et de représentants du personnel scolaire, d'élèves, de parents, d'intervenants du réseau de la santé et de représentants de la communauté est mis en place. En étroite collaboration avec l'équipe scolaire, ce comité pose un regard critique sur ce qui est fait en promotion et en prévention auprès des jeunes et élabore un plan d'actions ancrées dans les pratiques et activités régulières de l'école. Le plan est ajusté chaque année et révisé tous les trois ans.

Chaque école bénéficie du soutien de professionnels de l'éducation et de la santé. L'accompagnement comporte diverses modalités :

- soutien à l'analyse de la situation (état de la santé et du bien-être des jeunes, état de la réussite scolaire, caractéristiques physiques et sociodémographiques du milieu, ressources et activités disponibles) ;
- rencontres de planification pour convenir des priorités et choisir les actions, rencontres de supervision et d'échanges ;

---

56. Des informations sur l'approche *École en santé* peuvent être obtenues auprès :
– du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : Direction de la promotion de la santé ;
– du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec : Direction générale de la formation des jeunes (services éducatifs complémentaires) ;
– de l'Institut national de santé publique du Québec : direction Développement des individus et des communautés.

- formation (ateliers divers) ; outils (guide d'implantation, outil d'analyse de la situation, outil d'aide au choix d'interventions appropriées en promotion et en prévention, carnet de bord, matériel de transfert des connaissances, site internet, etc.) ;
- soutien à l'évaluation (indicateurs de suivi, évaluation de l'implantation du processus et des effets).

Le but de la démarche est de promouvoir la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes et son objectif général est d'accroître l'efficacité des interventions de promotion et de prévention déployées auprès des jeunes d'âge scolaire. Ses objectifs spécifiques sont les suivants :

- soutenir le développement de compétences personnelles et sociales ;
- créer des environnements favorables (sains, stimulants et sécuritaires) ;
- créer des liens harmonieux entre l'école, la famille et la communauté.

Six facteurs clés sont visés en amont des problèmes :

- estime de soi ;
- compétence sociale ;
- habitudes de vie favorables à la santé ;
- comportements sains et sécuritaires en matière de déplacements routiers et piétonniers, en matière de sports et loisirs et en matière de sexualité ;
- environnement : scolaire, familial, communautaire ;
- services préventifs : sociaux, de santé, éducatifs.

Le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec soutiennent un réseau d'acteurs de l'éducation et de la santé qui agissent à tous les niveaux (provincial, régional et local) permettant un soutien adapté à la réalité des diverses écoles.

LE *COMPREHENSIVE SCHOOL HEALTH PROGRAM*

Créé aux États-Unis et utilisé essentiellement en Amérique du Nord, le *Comprehensive School Health Program* (Deschênes, 2003), est composé d'un ensemble de stratégies et de services destinés à promouvoir le développement physique, émotionnel, social et éducationnel optimal des élèves. Ce programme est mis en œuvre par une équipe multidisciplinaire. Il met l'accent « sur une intervention multidimensionnelle planifiée, coordonnée et intégrée et sur l'implication et la collaboration de plusieurs constituantes de la communauté dont la famille et les organismes communautaires ».

Ce programme intègre huit volets :

- un plan d'éducation pour la santé comportant des séquences adaptées tout au long de la scolarité ;
- la mise à disposition des élèves de services de santé dans les établissements ;
- l'environnement scolaire ;
- l'éducation physique à l'école ;
- les services de restauration ;
- les services de *counselling* ;
- la promotion de la santé des équipes éducatives ;
- l'intégration des activités de promotion de la santé entre l'école et la communauté.

Les *Écoles promotrices de santé* et le *Comprehensive School Health Program* constituent deux approches qui sont sans aucun doute plus avancées dans leurs principes que dans leur implantation. Ceci s'explique vraisemblablement par leur relative nouveauté, leur complexité et l'extrême difficulté de les implanter de manière significative. Quelques écoles mettent en place une ou deux composantes mais peu appliquent et coordonnent l'ensemble d'entre elles.

L'implantation d'approches globales et intégrées de promotion et de prévention en milieu scolaire ne pourra pas se faire

sans une planification et une coordination rigoureuse entre partenaires, sans redéfinir le partenariat école-famille-communauté, sans un soutien politique et financier et enfin sans que des évaluations permettent d'enrichir et de développer l'efficacité de telles approches.

LA CHARTE D'OTTAWA

En 1986, l'Organisation mondiale de la santé a défini dans la charte d'Ottawa la promotion de la santé comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. » L'éducation pour la santé en est une des stratégies importantes et vise notamment le renforcement des capacités individuelles à agir vis-à-vis de sa santé.

La charte d'Ottawa identifie cinq stratégies. Les institutions nationales de chacun des pays concernés ont inscrit dans leurs politiques tout ou partie de ces stratégies :

Élaborer une politique publique saine

La promotion de la santé dépasse le seul secteur sanitaire, elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques quel que soient leur champ d'implication afin que ces derniers examinent leurs politiques en ayant à l'esprit les conséquences qu'elles pourront avoir sur la santé et les inciter à prendre en compte cet élément dans leurs décisions. Une politique de promotion de la santé doit rendre complémentaires des stratégies a priori différentes, et notamment : la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité.

Par exemple :

En France, la circulaire N° 98 237 du 24/11/1998 : Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège ;

En Belgique : le décret du 20/12/2001 relatif à la promotion de la santé à l'école (M.B. 17/01/2002) ;

En Suisse romande, la CIIP a adopté des « Principes généraux et lignes d'action en matière d'éducation et de prévention », en janvier 2003. Ce concept « éducation et prévention » - ou Édupré[57] *- pose les bases générales pour la promotion de la santé dans l'école, intégrée aux activités pédagogiques.*

Créer des milieux favorables

Le milieu de vie est un facteur influençant la santé au même titre que les comportements individuels. L'action sur les milieux permet d'offrir des biens et des services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé et des milieux plus sûrs et plus plaisants.

Pour les enfants et les jeunes, les milieux de vie les plus courants sont les écoles et les centres de loisirs. En ce qui concerne les établissements scolaires, l'environnement physique fait référence aux bâtiments, aux espaces de jeux et aux aménagements de base : installations sanitaires, accès à l'eau, qualité de l'air, etc. L'environnement social de l'école comprend les relations des élèves entre eux et celles des élèves avec les enseignants. Il est influencé par les relations avec les parents et avec la communauté au sens large (St Léger, 2005).

---

57. www.ciip.ch/pages/portrait/Tex_reg/fichiers/EDUPRE_PG.pdf

Le Réseau européen des Écoles promotrices de santé créé en 1991 a notamment mis l'accent sur les dimensions psychologiques et sociales de la santé (amélioration de l'estime de soi, des compétences, du bien-être des élèves et des équipes éducatives), sur les liens entre l'école et la communauté ainsi que sur le fonctionnement de l'école.

Renforcer l'action communautaire :

La participation du public destinataire est un postulat de départ en promotion de la santé, de la détermination des priorités à la prise des décisions en passant par l'élaboration des stratégies de planification pour atteindre un meilleur niveau de santé. « La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'autonomie de l'individu, le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière »(OMS, 1986).

Cette stratégie concerne non seulement la participation des jeunes à la planification du projet qui vise à créer des conditions favorables à l'émergence d'un changement de leurs aptitudes et de leurs comportements, mais aussi les liens entre école, familles et acteurs locaux.

En France, des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté réunissent tous les acteurs de la communauté éducative, y compris les élèves. En Communauté française de Belgique, chaque établissement scolaire est doté d'un Conseil de participation qui permet non seulement aux enseignants, et éducateurs mais aussi aux élèves, à leurs parents, aux services de santé et d'orientation scolaire et aux élus locaux de participer à l'élaboration du projet d'établissement.

Acquérir des aptitudes individuelles :

En favorisant le développement individuel et social, la promotion de la santé vise à permettre aux personnes d'exercer un plus grand contrôle sur leur santé et de faire des choix qui leurs sont favorables. Ce développement individuel et social est mis en œuvre en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. « Il est crucial de permettre aux individus d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes » (OMS, 1986).

*L'acquisition des aptitudes individuelles comporte l'acquisition de connaissances, d'attitudes et de compétences psychosociales. Ces capacités sont résumées par beaucoup d'auteurs sous les vocables d'*enabling *(rendant capable) et d'*empowerment *(donnant le pouvoir sur les événements).*

*L'enrichissement des compétences psychosociales telles que la négociation, la résolution de problèmes, la pensée créatrice, la capacité à prendre des décisions, à faire face (*coping*), les relations interpersonnelles, la communication, la confiance en soi et l'estime de soi est un élément important de l'efficacité des programmes d'éducation pour la santé.*

Dans un projet de promotion de la santé, le programme scolaire et les activités qui lui sont associées permettent aux élèves, en fonction de leur âge, d'acquérir les aptitudes pour agir de façon à améliorer leur propre bien-être et de participer à l'amélioration du bien-être des autres (St Léger, 2005).

Réorienter les services de santé :

Pour que le secteur sanitaire ne se limite pas à l'aspect curatif, il doit « se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelle » (OMS, 1986).

Au-delà de l'organisation du dépistage précoce des difficultés, de la réalisation de bilans de santé, de l'accueil et de l'accompagnement des élèves ou de l'organisation des urgences et des soins, le développement d'une dynamique d'éducation à la santé est un axe de travail important qui réoriente de manière significative les missions de la médecine scolaire. En Communauté française de Belgique par exemple, les services de promotion de la santé à l'école consacrent 20 % de leur temps à la mise en place de dynamiques de promotion de la santé.

EN RÉSUMÉ

Les interventions efficaces pour prévenir les maladies ou les traumatismes liés aux comportements à risque présentent des caractéristiques communes :

- elles privilégient les méthodes interactives et expérientielles (jeux de rôle, mises en situation, travail pratique sur les ressentis et les émotions, etc.) ;
- elles sont sélectionnées en fonction de la population de jeunes concernée (enfants d'une tranche d'âge déterminée, population universelle ou groupe à risque) ;
- elles visent à développer les compétences psychologiques et sociales des enfants et des adolescents en fonction de leur développement et, le cas échéant, des groupes à risque dont ils font partie ;
- elles s'inscrivent dans la durée et sont aussi précoces que possible ;
- elles visent à agir sur plusieurs facteurs simultanément et mettent en lien différents acteurs (jeunes, parents, enseignants, professionnels, associations, etc.).

Ces interventions sont d'autant plus efficaces qu'elles s'intègrent dans une combinaison de stratégies visant à promouvoir la santé, le bien-être et la réussite éducative des enfants et des adolescents, telles que :

- des politiques d'établissement favorables à la santé (interdiction de la consommation de substances dangereuses, discipline, équité, sécurité, lien avec les politiques nationales et locales, mécanismes de consultation) qui prennent en compte les principales parties prenantes ;
- une prise en compte de l'environnement physique scolaire (infrastructure générale et sportive de l'établissement) et de l'environnement psychosocial de l'établissement (qualité des relations entre les élèves et les enseignants, valeurs défendues par l'école, environnement organisationnel et planification des activités) ;
- le développement de compétences individuelles (négociation, résolution de problèmes, prise de décision, connaissances liées à la santé) ;
- les partenariats entre l'école, les parents, le secteur de la santé et la communauté ;
- l'organisation des services de santé à l'intention des enfants et des adolescents ;
- et enfin, l'accompagnement des professionnels dans la réalisation de ces interventions.

Élaboration, mise en œuvre et évaluation des interventions

DES REPÈRES POUR LA PLANIFICATION

Pour accroître l'efficacité et la qualité des interventions, leur élaboration, mise en œuvre et évaluation doivent s'inscrire dans un processus de planification adapté. Ce chapitre propose des points de repères sur :

- les critères de choix des priorités d'intervention et la planification. Ces éléments seront illustrés par la présentation d'outils de planification et d'évaluation disponibles en langue française et la mention de guides d'aide à l'action en milieu scolaire pour chacun des pays concernés ;
- l'évaluation, en particulier l'évaluation de l'implantation d'un programme.

Pour offrir aux interventions les meilleures chances d'atteindre des objectifs correspondant à une amélioration de la santé des populations auxquelles elles s'adressent, il est nécessaire de :

- les articuler avec la politique de santé publique : les priorités d'intervention seront en cohérence d'une part avec les orientations nationales ou régionales de santé publique et d'autre part avec les besoins identifiés localement, en particulier au sein des établissements scolaires.
- les mettre en œuvre selon une démarche de projet qui leur garantisse toutes les chances d'aller jusqu'à leur terme avec succès.

Choisir les priorités d'intervention

Choisir des priorités d'intervention cohérentes avec les grandes orientations en santé publique renvoie au contexte dans lequel s'insérera le projet et à son articulation avec les politiques de santé tant nationales que régionales. Il existe une littérature abondante sur les modalités de choix des priorités. Les outils présentés plus loin y font référence. D'une manière générale, le choix de priorités d'intervention au niveau local repose sur deux grandes catégo-

ries de critères : l'importance du problème d'une part et la capacité d'agir d'autre part. L'importance du problème est caractérisée non seulement par sa fréquence (affectant de nombreux élèves ou en augmentation significative) et par la gravité de ses conséquences sanitaires, économiques ou sociales (affectant la santé ou la qualité de vie des élèves dans leur famille ou à l'école), mais aussi par la perception qu'en ont les personnes concernées (problème reconnu comme une question importante à prendre en compte par les enseignants, les parents et les élèves eux mêmes). La capacité d'agir dépend à la fois de l'identification de déterminants susceptibles d'être modifiés (notamment sur la base d'actions déjà reconnues comme efficaces, de supports et documents de référence déjà existants), et de l'ouverture au changement des personnes concernées.

Planifier les interventions

La planification a pour but d'anticiper les différentes actions liées à un même projet. La planification intègre les dimensions suivantes : les ressources, la durée, la qualité, le domaine d'intervention. La planification consiste en un séquençage d'une programmation ou d'une intervention et de l'ordonnancement de chacune des séquences les unes par rapport aux autres.

On distingue deux niveaux de planification : le premier niveau est la planification d'une programmation qui permet d'organiser plusieurs interventions les unes par rapport aux autres. Elle définit un cadre. Ses principales séquences sont :

- identifier les problèmes de santé de la population et établir un ordre de priorité ;
- concevoir et mettre en œuvre des interventions pour répondre à ces problèmes ;
- évaluer l'impact des programmes sur la santé de la population.

Le second niveau est la planification d'une intervention dans une école : le bon déroulement d'une intervention dépend en grande partie de la méthode employée pour la construire et la préparer. Les quatre grandes étapes de la planification de l'intervention sont :

- constituer une équipe et impliquer les partenaires ;
- analyser la situation et fixer les objectifs ;
- mettre en œuvre le projet ;
- évaluer et communiquer.

DES REPÈRES POUR L'ÉVALUATION

La nécessité de l'évaluation est largement partagée par quiconque est responsable de l'exécution d'un programme de promotion de la santé. À un moment ou un autre, apparaît l'interrogation sur le bien-fondé, la pertinence, l'efficacité, les motifs d'échec des actions. Cependant, la mise en place concrète de l'évaluation reste une démarche qui n'est pas systématique et souvent ressentie comme complexe, particulièrement dans le domaine de la promotion de la santé. Les causes en sont sans doute que l'évaluation réfère à des champs théoriques et des pratiques nouvelles pour les intervenants en promotion de la santé, qu'elle doit s'adapter à la complexité des démarches de promotion de la santé, qu'elle est souvent ressentie comme un instrument de contrôle et considérée comme coûteuse en regard du budget accordé à l'action.

Ces dernières années, on assiste à une modification de la perception de l'évaluation, considérée non plus comme une contrainte mais comme un moyen pour perfectionner une action, la faire évoluer. Cette perception positionne l'évaluation simultanément avec l'action, comme partie intégrante du processus de promotion de la santé et comme un outil au service de celui-ci.

Au cours des dix dernières années, deux enjeux majeurs et complémentaires ont émergé en promotion de la santé. D'une part il s'agissait d'accroître la qualité des interventions et d'autre part de faire la preuve de leur efficacité. La professionnalisation de ce secteur d'activité et l'exigence de résultats de la part des décideurs et des partenaires ont fait naître un besoin croissant pour les promoteurs des interventions en promotion de la santé, de démontrer la qualité et l'efficacité de leurs actions. Dans cette perspective, différents types d'évaluation sont développés afin de fournir des informations complémentaires. Par ailleurs, le besoin de définition de critères d'évaluation en cohérence avec les actions de terrain nécessite de recourir à une démarche combinant « recherche évaluative[58] » et « évaluation-action[59] ».

Définitions de l'évaluation

Parmi les nombreuses définitions existantes, nous en retiendrons deux qui s'appuient sur des aspects consensuels de l'évaluation et proposent des pistes concrètes pour son instauration et sa mise en pratique.

« L'évaluation est un moyen systématique de tirer les leçons de l'expérience et de s'en servir pour améliorer les activités en cours et promouvoir une planification plus efficace par un choix judicieux entre les actions ultérieures possibles. Cela implique une analyse critique de différents aspects de l'élaboration et de l'exécution d'un programme et des activités qui le composent, de sa pertinence, de sa formulation, de son efficience, de son efficacité, de son coût et de son acceptation par toutes les parties intéressées » (OMS, 1981).

« Évaluer, c'est collecter, ou fournir, des informations en vue de prendre une décision. C'est aussi comparer les informations collectées avec des critères, des « normes » correspondant aux objectifs de l'évaluation. Cela sous-entend qu'il existe : une décision à prendre ; un objet à évaluer ; des objectifs d'évaluation ; des critères ; des informations à collecter. Préciser ces cinq éléments, répondre à ces questions est la première étape d'une évaluation » (Deccache, 1989).

En somme, évaluer c'est observer, récolter des informations et les analyser afin de favoriser une meilleure prise de décision.

Quelques questions clés

Face à la spécificité multidimensionnelle des démarches de promotion de la santé, il convient de montrer une attitude pragmatique en vue de clarifier l'objet de l'évaluation, les raisons qui poussent à évaluer et avec quels moyens on peut le faire... Autrement dit, évaluer implique un effort de clarification préalable sur la démarche d'évaluation elle-même et la recherche de réponses aux questions suivantes :

- Qui demande l'évaluation ?
- Qu'est-ce que les différents groupes d'acteurs du programme ont besoin d'apprendre de cette évaluation ?
- Que veulent-ils savoir exactement ?
- Que veut-on mesurer exactement ?
- Quelles sont les mesures possibles compte tenu de la capacité, du temps et des ressources disponibles ?
- Qu'est-on prêt à modifier dans le programme ?

Les enjeux de l'évaluation en promotion de la santé

La promotion de la santé est un processus qui favorise une démarche systémique, écolo-

58. Une « recherche-évaluation » est une approche qui prend en compte tous les éléments d'une intervention de promotion de la santé et qui les envisage globalement, dans leur relation réciproque.

59. Une « évaluation-action » est une démarche d'évaluation intégrée à l'action, s'apparentant à un processus d'accompagnement qui rend lisible toutes les variables en jeu dans cette action.

gique et interactionnelle intégrant différentes actions et utilisant de multiples stratégies : action politique, action sur les modes de vie et les milieux, action communautaire impliquant la participation de tous, action sur le développement d'aptitudes individuelles et adaptation des services aux besoins. Ce processus se déroule dans la durée, trouve sa légitimité dans les besoins, les aspirations et les choix des personnes et des communautés et repose sur le développement des ressources personnelles et sociales de celles-ci. Dans cette optique, l'évaluation en promotion de la santé devient également un processus évolutif, s'intéressant aux modifications des déterminants de santé, utilisant des indicateurs de bien-être et de qualité de vie définis par les acteurs eux-mêmes. « Il existe maintenant toute une littérature sur la recherche participative, de même que des outils concrets d'autoévaluation qui se proposent d'équiper les individus et les communautés afin qu'ils posent eux-mêmes les questions d'évaluation pertinentes, recueillent les données pour y répondre et réorientent leurs actions en conséquence » (O'Neill, 2004).

Un programme de promotion de la santé comporte souvent diverses interventions comprenant elles-mêmes de multiples activités. Cette diversité justifie une démarche qui rassemble les différentes composantes de l'évaluation dans des outils globaux d'évaluation de la qualité des interventions en promotion de la santé. Ces outils[60] s'attachent à mieux cerner les résultats directs attendus et non attendus des activités de prévention et de promotion de la santé et leurs relations avec l'évolution des déterminants, en particulier comportementaux.

Évaluer la qualité pour accompagner le processus

Afin de piloter un programme de promotion de la santé comportant diverses activités, s'intéressant à différents groupes de personnes et se déroulant sur plusieurs mois voire plusieurs années, il est primordial de pouvoir à tout moment, grâce à des informations utiles et pertinentes, modifier ou réorienter le processus en cours. Bref, d'en augmenter la qualité en cherchant à répondre aux questions suivantes : « Comment ça marche ? » et « Comment améliorer ? ».

Évaluer le processus, c'est viser l'ensemble des activités qui composent le programme et leurs interactions, s'intéresser à plusieurs questions à la fois, utiliser plusieurs sources d'informations, être attentif à la capacité participative des personnes concernées par le programme et s'interroger sur les choix éthiques et théoriques qui ont prévalu.

Pour évaluer la qualité, il faut parvenir à comprendre comment un processus permet certains effets. Et pour cela, définir des critères adéquats au processus spécifique à chaque programme, en tenant compte du contexte naturel dans lequel se déroule le programme et des questions et valeurs des personnes concernées par le programme (Deccache, 1997).

Différentes méthodes d'évaluation

Dans un document de recherche documentaire de l'Inpes sur l'évaluation[61], Fournier et Sizaret (2005) proposent une synthèse des différentes méthodes utilisées. Le classement est effectué à partir du domaine scientifique auquel on peut rattacher le type d'évaluation. On distingue :

- les évaluations issues de l'épidémiologie, dont les méthodes peuvent être : le protocole expérimental d'essai rando-

60. Voir les deux exemples développés plus loin :
Preffi 2.0, *outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé* (Molleman G.R.M., 2003).
Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention (Promotion Santé Suisse, 2005).

61. Sizaret A., Fournier C. Évaluation, mode d'emploi. Les journées de la prévention « La prévention en actions : partage d'expériences », 12-13 avril 2005.

misé contrôlé ; l'enquête quasi-expérimentale (groupe expérimental/groupe témoin) ; l'enquête d'observation (avant/après) ; l'enquête d'observation simple ;

- les évaluations issues des sciences sociales, dont les méthodes peuvent être : l'observation ; l'entretien ; le questionnaire d'enquête ; l'analyse de contenu ; l'analyse stratégique ;
- les évaluations issues des sciences économiques, dont les méthodes peuvent être : l'étude de minimisation des coûts ; l'analyse coût/efficacité (efficience) ; l'analyse coût/bénéfice ; l'analyse coût/utilité.

En conclusion

En premier lieu, il convient de souligner l'importance de l'évaluation. Le temps où les bonnes intentions suffisaient à motiver une action de santé est bien révolu... On sait maintenant que, non seulement une action peut être inefficace, mais aussi qu'elle peut être coûteuse, et même contre-productive ou néfaste !

Ensuite, il faut rappeler la difficulté de l'évaluation en santé communautaire. La réalité du terrain est toujours plus complexe que celle des protocoles de recherche, et le risque est constant pour les chercheurs de vouloir adapter les programmes aux contraintes de l'évaluation. Il en résulte des approches réductrices, souvent éloignées du cadre de la promotion de la santé, et parfois très discutables sur le plan éthique.

Enfin, l'évaluation d'actions de promotion de la santé peut poser des problèmes méthodologiques et opérationnels complexes, et elle peut s'avérer très coûteuse. Ceci a certainement contribué à un manque d'évaluation de qualité dans ce domaine. Pour autant, la promotion de la santé en milieu scolaire ne peut plus se contenter d'affirmations dogmatiques ou de professions de foi : elle doit accepter d'entrer dans une réflexion critique sur ses succès, ses échecs, les facteurs limitants et les éléments pouvant contribuer à un impact positif sur la santé. L'évaluation rigoureuse des actions est l'une des conditions qui permettra à la promotion de la santé en milieu scolaire de progresser grâce à la mise en débat qui en résulte et à l'adaptation de la démarche et des méthodes pour mieux prendre en compte les spécificités de la promotion de la santé.

DES OUTILS POUR PLANIFIER ET ÉVALUER

Cette section présente quelques exemples d'outils récents de planification et d'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé des enfants et des adolescents.

L'une des caractéristiques les plus intéressantes des outils actuellement disponibles est leur utilisation possible à la fois aux phases d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des interventions. Tous les outils proposés sont accessibles en langue française. Ces outils sont accompagnés d'une brève description de guides à l'action en milieu scolaire plus spécifiques du contexte des quatre pays francophones qui ont participé à cet ouvrage.

PREFFI 2.0[62] : OUTIL DE PILOTAGE ET D'ANALYSE DE L'EFFICACITÉ ATTENDUE DES INTERVENTIONS EN PROMOTION DE LA SANTÉ

(Molleman G.R.M., 2003).
Traduction française d'un outil élaboré par le *Netherlands Institut for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ)*[63].

Contenu

L'outil inclut un mode d'emploi, un questionnaire et un formulaire de notation. Le questionnaire reprend les différentes phases d'une démarche de projet : analyse du problème, déterminants, groupes cibles, objectifs, conception de l'intervention, mise en œuvre, évaluation. Il accorde une importance particulière à trois ressources essentielles : l'engagement des acteurs, les moyens disponibles et l'expertise et les compétences du responsable du projet.

Il est accompagné d'un document intitulé « Guide explicatif », qui décrit les indicateurs associés aux différentes phases de la démarche et analyse leur importance pour l'efficacité d'un projet. Chacun de ces indicateurs se voit attribuer un niveau de preuve selon qu'il est fondé sur les données de la recherche, l'expérience pratique ou la logique et le sens commun.

Indications

Plus qu'un instrument de mesure de l'efficacité des programmes, Preffi est un outil de pilotage et d'analyse de la planification qui peut être utilisé comme une aide à la conception d'un projet mais aussi en cours de mise en œuvre et à l'occasion d'une évaluation. Dans la plupart des cas, Preffi est utilisé par les promoteurs pour analyser leur propre projet. Si c'est un évaluateur externe qui s'en sert, un entretien avec le responsable du projet est recommandé.

Preffi est adapté à plusieurs types de projets :

- projet de niveau national, centré sur l'élaboration de stratégies/politiques de santé où il s'agit d'effectuer une analyse du problème, de sélectionner les meilleurs objectifs, les publics bénéficiaires ou les groupes cibles, les interventions possibles et d'optimiser la coordination entre ces éléments ;
- projet de mise en application à un niveau régional ou local d'une intervention élaborée précédemment à destination d'un public déterminé. L'analyse du contexte et des ressources est ici fondamentale ;
- Projet communautaire qui exige une étroite collaboration avec les membres d'une communauté dont les besoins et les souhaits doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Mode d'emploi

En phase de conception de projet, le questionnaire est utilisé comme une liste de contrôle des éléments à prendre en considération.

En phase de mise en œuvre, des réponses par « oui » ou par « non » au questionnaire permettent de porter une appréciation sur les indicateurs correspondant aux différentes phases de la démarche et aux catégories de ressources nécessaires.

Pour chacun de ces indicateurs, trois options d'appréciation, « faible », « moyen » et « fort » sont proposées. « Faible » signifie insuffisant, c'est-à-dire nécessitant une amélioration, « moyen » indique qu'une amélioration plus ou moins importante est à envisager et « fort » qu'aucune amélioration n'est exigée.

L'objectif n'est pas en soi de porter ces appréciations mais de les utiliser pour identifier les points d'amélioration qui sont importants et réalisables.

---

62. Pour télécharger le document complet : www.inpes.sante.fr/preffi/preffi2.htm
63. Institut néerlandais pour la promotion de la santé et pour la prévention des maladies.

OUTIL DE CATÉGORISATION DES RÉSULTATS DE PROJETS DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION[64]

(Promotion Santé Suisse, 2005).

Contenu

Les résultats attendus des interventions en prévention et promotion de la santé sont classés en trois colonnes :

- amélioration de la santé de la population (exemple : diminution de la morbidité) ;
- modification des déterminants de la santé. Un résultat indiqué dans cette colonne est une modification positive établie d'un déterminant de la santé reconnu dans un contexte et/ou un groupe de population donnée (exemple : amélioration des comportements favorables à la santé) ;
- modification des facteurs qui influencent les déterminants de la santé. Sont indiqués dans cette colonne les résultats directs des activités de promotion de la santé. Il sont classés en quatre catégories comportant chacune trois à quatre sous-catégories. Ces catégories et sous-catégories offrent un espace pour des indicateurs qui ont un potentiel d'influence positif sur les déterminants de la santé (exemple : compétences individuelles favorables à la santé).

Enfin, une colonne supplémentaire décrit les catégories d'activités de promotion de la santé (exemple : développement des compétences personnelles).

Chacune des catégories et sous-catégories est décrite de façon détaillée et illustrée par un exemple concret.

Indications

Le modèle de catégorisation des résultats est un instrument d'analyse qui sert au développement de la qualité. Il permet d'identifier des résultats planifiés (objectifs) et des résultats effectivement atteints en lien d'une part avec des activités de prévention et de promotion de la santé et d'autre part avec des problèmes de santé.

Le modèle peut être utilisé à différents niveaux :

- projets ;
- programmes ;
- institutions ;
- stratégies nationales, régionales ou locales.

À ces différents niveaux, le modèle peut être utilisé aux phases d'analyse de situation, d'élaboration des objectifs et stratégies, de pilotage et d'évaluation d'un projet.

Il peut servir à en démontrer l'impact et donc à légitimer l'investissement financier vis-à-vis des pouvoirs publics. La colonne destinée au classement des résultats directs des projets de prévention et promotion de la santé est à ce titre particulièrement utile.

Mode d'emploi

Idéalement, l'outil de catégorisation des résultats n'est pas utilisé seulement par le promoteur du projet ou l'évaluateur mais plutôt dans le cadre d'une séance de l'équipe de projet, entre évaluateurs et principaux participants au projet, etc.

Analyse de la situation : on décrit l'état de santé en question et les facteurs qui ont une influence déterminante sur cette situation tels que les déterminants de la santé et les facteurs qui influencent ces déterminants.

Planification de l'intervention : le modèle est utilisé pour relever les effets/résultats visés et les relier entre eux. On distingue deux niveaux :

- les effets visés à plus long terme (induits par le projet mais dépassant la durée du projet : effets sur les déterminants et l'état de santé) ;

---

64. Pour télécharger l'adaptation de l'outil pour la France : www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/index.htm et rechercher « outils méthodologiques ».

- les objectifs directs du projet (résultats planifiés pour les groupes cibles jusqu'au terme du projet).

Évaluation : relevé des résultats effectivement atteints que l'on attribue aux catégories et sous-catégories.

PLANIFIER POUR MIEUX AGIR

(Renaud L., Gomez Zamudio M., 1998)

Contenu

Présentation en français de l'un des modèles de planification de développement de programmes de promotion de la santé les plus largement répandus : le modèle Precede/Proceed, développé par Lawrence W. Green et Marshall W. Kreuter en 1991.

Le document comporte
- un exposé du modèle ;
- des illustrations dans les contextes haïtiens et québécois ;
- un guide de référence pour l'action : planification, implantation, évaluation et maintien.

Indications

Le modèle est une aide au développement de programmes efficaces de promotion de la santé visant de façon simultanée les modes de vie des individus (habitudes de vie, loisirs, relations affectives, leurs milieux de vie comme la famille et le réseau social) et leur environnement (structure socio-économique, valeurs sociales et culturelles, politiques publiques).

Il est particulièrement utile au stade de préparation de la planification en raison de la démarche systématique de diagnostic qu'il propose.

Mode d'emploi

En phase de conception de projet, le modèle est utilisé pour la réalisation des différents diagnostics préalables : social, épidémiologique, comportemental et environnemental, administratif et politique, avec un développement particulier sur le diagnostic éducationnel et organisationnel.

En phases de planification, il constitue un guide rigoureux des activités d'implantation d'évaluation et de maintien du programme.

DES GUIDES D'AIDE À L'ACTION EN MILIEU SCOLAIRE

GUIDE POUR LA RÉUSSITE ÉDUCATIVE, LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES JEUNES[65]

Québec, Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport (MELS), ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2005), *École en santé*, 64 p.

Contenu

Le guide, destiné au milieu scolaire et ses partenaires, présente les éléments de pertinence de la promotion et de la prévention à l'école. Il rappelle les fondements de l'approche *École en santé* au Québec, qui orientent l'action sur les facteurs clés du développement des jeunes et la nécessité d'intervenir à plusieurs niveaux (jeune, école, famille,

65. Le guide est disponible en format PDF sur le site du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport : www.mels.gouv.qc.ca/DGFJ/csc/promotion/ecoleensante.html

communauté). Les facteurs clés visés pour agir en amont des problèmes y sont brièvement décrits. Il s'agit de l'estime de soi ; la compétence sociale ; les habitudes de vie ; les comportements sains et sécuritaires dans les loisirs et les sports, lors des déplacements routiers et piétonniers et sur le plan sexuel ; l'environnement scolaire, familial et communautaire ainsi que les services préventifs.

Le guide décrit la démarche systématique qui est proposée pour soutenir l'école dans l'intégration de la promotion et de la prévention dans ses pratiques et activités régulières. Une section complète du guide porte sur les étapes de la démarche.

Les points d'ancrage des interventions de promotion et de prévention sont identifiés (projet éducatif de l'école, programme de formation de l'école québécoise, services éducatifs complémentaires, activités du service de garde). Les actions de promotion et de prévention efficaces ou prometteuses sont exposées et de nombreux exemples sont fournis.

Indication et mode d'emploi

Le guide s'adresse au milieu scolaire (écoles primaires et secondaires, commissions scolaires), au milieu de la santé et des services sociaux (directions de santé publique, centres de santé et de services sociaux) et à la communauté par l'intermédiaire des organismes communautaires, municipaux et socioéconomiques.

Il est utilisé par des milieux qui sont accompagnés par un réseau de professionnels de l'éducation et de la santé supporté par les ministères. L'ouvrage constitue un cadre de travail illustrant les étapes requises pour implanter l'approche *École en santé* : mobiliser le milieu et faciliter la concertation ; analyser la situation ; élaborer et mettre en œuvre un plan d'action pour une *École en santé* ; suivre et évaluer les actions mises en œuvre.

Le guide est assorti de nombreux outils complémentaires : un outil d'analyse de la situation, un carnet de bord permettant à ceux qui accompagnent le comité dans l'école de connaître et d'appliquer concrètement les tâches, des outils liés à la mise en œuvre de l'approche ; un outil d'aide à la décision, etc.

VIVRE, APPRENDRE, EXPÉRIMENTER LA SANTÉ À L'ÉCOLE. DES PISTES DE RÉFLEXION POUR L'ACTION

Belgique, Institut provincial d'hygiène sociale (IPHS), Namur, 2002, 83 p.

Contenu

Classeur pédagogique composé d'une partie théorique et d'une partie pratique.

La partie théorique redéfinit la place de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé en milieu scolaire. Elle propose une approche globale de la santé centrée sur le corps de l'enfant et envisagée selon cinq dimensions : sensorielle, physique, environnementale, organique et enfin relationnelle et sociale.

La partie pratique concrétise cette approche autour de huit préoccupations de santé : l'alimentation, le sommeil et les rythmes de l'enfant, la sécurité, la consommation, l'hygiène, la pédiculose (poux), le stress et la gestion des conflits.

Pour chaque thématique, le lecteur pourra découvrir :

- des propositions de finalité éducative et quelques objectifs généraux centrés sur les enfants ;
- de courts récits illustrant des expériences déjà réalisées ;
- une approche globale de la thématique développée en cinq dimensions corporelles et enrichie d'un ensemble de pistes de réflexion et d'action ;

- des références d'outils pour aller plus loin.

Ce classeur pédagogique propose également des fiches méthodologiques (un modèle de stratégie d'intervention et un tableau de bord pour l'enseignant) ainsi qu'un répertoire d'adresses.

Indications

Ce guide est destiné aux équipes « Promotion Santé à l'École » (PSE) et à leurs enseignants. Ces services viennent en soutien des écoles en proposant une aide méthodologique à la réalisation de « projets santé », des démarches participatives et de concertation ainsi qu'une aide documentaire.

Ce guide a été créé pour aider ces équipes à initier dans les écoles une démarche de promotion de la santé et une approche globale permettant d'agir sur les différents déterminants de la santé. Cette approche, centrée sur le corps, permettra à l'enfant de mieux se connaître, d'être à l'écoute de ses émotions et de ses besoins, d'avoir une meilleure estime de lui-même et d'améliorer ses relations avec les autres.

L'approche corporelle est envisagée selon cinq dimensions :

La dimension physique qui s'intéresse aux différents besoins du corps : besoins nutritionnels, de sécurité, de respect, d'hygiène, de sommeil, de détente...

La dimension sensorielle qui invite les enfants à percevoir certaines informations sensorielles. Le corps perçoit des odeurs, des images, des signes de propreté ou de saleté, des signes de fatigue, des risques, des signes de tension...

La dimension environnementale qui s'intéresse au développement de l'enfant dans son environnement et son cadre scolaire : comment organiser son espace pour bien dormir ? Comment la cantine est-elle perçue ? À quels éléments matériels faut-il être attentif pour réduire les risques ? Quel type d'organisation est mis en place à l'école pour garantir un climat de bien-être ?

La dimension organique qui s'intéresse au fonctionnement des organes, à leur équilibre et leur respect : que deviennent les aliments dans mon corps ? Comment protéger la peau ? Comment éviter les poux ?

La dimension relationnelle et sociale qui s'intéresse à l'image de soi, aux relations aux autres, aux sentiments, aux émotions, à la culture : quelles est l'influence du sommeil dans la relation aux autres ? Quelles sont les habitudes alimentaires à l'école ? Qu'est-ce qui met sous tension ?

Mode d'emploi

Ce guide se veut dynamique dans son utilisation. Il comporte plusieurs portes d'entrée : théorie, thématique, outils, et propose des pistes de réflexion et d'action sans obligation d'appliquer l'approche dans sa globalité. Il peut être utilisé dans le cadre de la mise en place d'un projet santé, pour expliquer la notion de projet santé et de promotion de la santé, pour intégrer une approche de santé globale à l'école, pour répondre à un problème ponctuel survenu dans une classe, pour réaliser des animations thématiques...

CARNET DE VOYAGE

Belgique, Coordination Éducation & Santé asbl, Bruxelles, 2005, Deliens C., 80 p.

Contenu

Carnet de voyage est une initiative soutenue par la Communauté française de Belgique pour la période 2004-2009.

Il s'agit d'une invitation à mener un projet santé avec la classe à la manière d'un voyage et à en faire le récit dans un carnet de voyage.

Différents outils ont été mis au point pour aider les classes à se mettre en projet santé :
- une affiche « Ma classe part en projet santé » reprenant les sept étapes du programme ;
- une « lettre à la classe » pour démarrer une discussion sur la santé avec les élèves ;
- un « kit voyage » composé de matériel pour réaliser le carnet de voyage ;
- un « guide de voyage » composé de sept « fiches-outils » décrivant les activités à mener avec les élèves à chaque étape du projet.

Indications

Partant d'une situation à améliorer et de besoins collectifs en matière de santé et de bien-être à l'école, ce programme propose aux enseignants de la 3e à la 6e primaire une démarche participative pour engager leur classe dans un voyage vers une destination santé.

Une démarche en sept étapes :

1) On décide où on va : se parler pour décider ensemble d'un sujet et d'une destination « santé » ;

2) On prépare le voyage et on fait ses valises : se documenter, s'informer, rassembler le matériel, parler du projet autour de soi, former l'équipage et définir les rôles de chacun ;

3) On choisit l'itinéraire : organiser le voyage, prévoir des escales, organiser des visites et des rencontres, rechercher des partenaires et les inviter à partager quelques escales ;

4) On part : garder le cap vers la destination santé, questionner son projet à la manière des navigateurs qui font le point en utilisant une boussole pour maintenir le cap ;

5) On voyage : regarder le paysage, récolter des traces pour les consigner dans le carnet de voyage, raconter nos rencontres, écrire nos impressions, illustrer les événements ;

6) On donne des nouvelles : écrire des cartes postales et partager cette expérience avec d'autres (les parents, une autre classe, etc.), faire connaître le projet dans l'école et en dehors, échanger avec les partenaires ;

7) On est de retour : déballer ses souvenirs, raconter son périple en feuilletant son carnet de voyage, boucler le voyage ensemble, faire le bilan, sommes-nous prêts à repartir ?

Mode d'emploi

Chaque enseignant est invité à s'approprier le guide de voyage et à l'adapter en fonction du projet d'établissement, de ses objectifs d'apprentissage, des autres projets réalisés dans l'école...

ÉDUCATION À LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE : CHOISIR, ÉLABORER ET DÉVELOPPER UN PROJET[66]

Inpes, Paris, 2006, Broussouloux S. et Houzelle-Marchal N., 140 p.

Contenu

L'originalité de ce guide réside dans l'illustration et la description de la méthodologie de projet en fonction des spécificités du milieu scolaire. Il propose une introduction aux principaux concepts utilisés dans le champ de la promotion de la santé et donne des exemples d'actions mises en œuvre en milieu scolaire.

Il présente de façon claire et accessible chacune des étapes de la conduite de projet sous forme de fiches synthétiques structurées en deux parties : l'essentiel de ce qu'il faut savoir dans la partie « ce qu'il faut

66. Ce guide est disponible au format PDF sur le site de l'Inpes à www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1008.

retenir » et des éléments pour approfondir dans la partie « pour aller plus loin ».

Ce guide comporte quatre parties :

- la première, cœur de l'ouvrage, présente les principales étapes du développement d'un projet d'éducation à la santé en milieu scolaire. Des fiches détaillent une partie ou la totalité de l'étape projet. Cette structuration par fiche permet plusieurs lectures : une lecture linéaire, étape par étape ; une lecture plus ponctuelle, fiche par fiche, en fonction de l'avancée du projet et des besoins de l'équipe projet ;
- la deuxième illustre des étapes de la démarche de projet à partir de quatre actions concrètes menées en milieu scolaire ;
- la troisième, plus théorique, rappelle les principales notions employées en éducation à la santé ;
- les annexes proposent une bibliographie et une liste de structures ressources pour aller plus loin.

Indications

Ce guide méthodologique a pour objectif de contribuer au développement de l'éducation pour la santé en milieu scolaire. Il est avant tout destiné aux personnels de l'Éducation nationale (enseignants, médecins et infirmières de l'Éducation nationale, conseillers techniques des rectorats et des inspections d'académie, etc.) qui mettent en œuvre des « projets santé », ou qui souhaitent le faire. Mais il peut également être utilisé par les intervenants extérieurs – en particulier les structures associatives – notamment parce qu'il apporte des informations sur les modalités de partenariat de l'Éducation nationale.

Il peut être utilisé avec profit dans le cadre des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) auxquels il apporte un appui méthodologique et bibliographique. En effet, instance réunissant les acteurs de la communauté éducative dans les établissements scolaires (chef d'établissement, enseignants, personnels de santé, parents, élèves, etc.), le CESC exerce les missions suivantes :

- il contribue à préparer l'éducation à la citoyenneté ;
- il prépare le plan de prévention de la violence ;
- il propose des actions pour renforcer les liens avec les parents en difficulté et pour lutter contre l'exclusion ;
- il définit un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et des actions pour prévenir les comportements à risque.

Mode d'emploi

Ce guide, avant tout pratique, permet plusieurs stratégies de lecture : dans son intégralité pour sensibiliser à la démarche de projet et à la promotion et l'éducation pour la santé dans une approche très concrète ; ou plus ponctuelle, pour répondre à des situations ou à des questions rencontrées lors de la mise en application du projet : un point de méthodologie, la préparation d'une intervention en classe, un point théorique…

Aussi, ce guide peut être utilisé aux différentes étapes de la conduite de projet, qu'il s'agisse de la phase de conception, de réalisation ou d'évaluation.

EN RÉSUMÉ

Planifier et évaluer sont deux processus indispensables à l'élaboration et à la mise en œuvre des interventions d'éducation pour la santé et de promotion de la santé en milieu scolaire.
La planification d'un programme s'organise autour de :

- l'identification des problèmes de santé de la population et leur hiérarchisation (attribution d'un ordre de priorité pour les traiter) ;
- la conception et la réalisation d'interventions ;
- l'évaluation de l'impact des programmes sur la santé de la population ;

La planification des interventions dont les principales étapes sont :

- la constitution d'une équipe et de partenariats ;
- l'analyse de la situation et la définition des objectifs ;
- la mise en œuvre du projet ;
- l'évaluation, la communication et la valorisation du projet.

L'évaluation fait partie du processus de promotion de la santé, aussi devient-elle un processus évolutif qui permet de mieux cerner les résultats directs attendus.
Les outils récents d'aide à l'intervention présentent la caractéristique de pouvoir être utilisés à la fois au moment de l'élaboration de l'intervention et au moment de son évaluation.

Accompagner le renouvellement des pratiques

Les interventions actuellement mises en place dans les milieux scolaires ne répondent pas nécessairement aux critères d'efficacité reconnus notamment en termes de stratégies, d'approches pédagogiques, d'intensité et de continuité. D'où la pertinence d'un renouvellement de pratiques tant chez les enseignants et le personnel scolaire que chez les intervenants du réseau de la santé qui œuvrent à l'école.

Le renouvellement de pratiques peut être considéré à juste titre comme une action de changement au sein de laquelle des valeurs sont confrontées, des considérations éthiques entrent en jeu, des résistances sont soulevées. Il importe de soutenir le renouvellement de pratiques par un accompagnement approprié des professionnels concernés et de ne pas perdre de vue le contexte plus global dans lequel se situe le changement.

À l'heure actuelle, de nombreux pays procèdent à des réformes dans les systèmes d'éducation et de santé et incluent le développement global du jeune dans la mission de l'école. De nombreuses institutions scolaires adoptent une vision de la formation s'appuyant sur une conception socioconstructiviste de l'apprentissage c'est-à-dire que l'élève construit ses savoirs en interaction avec les autres. Ces intentions éducatives trouvent écho dans la promotion de la santé et la prévention. On souhaite outiller les jeunes pour qu'ils prennent leur place dans la société, fassent des choix éclairés et agissent en citoyens responsables. Le renouvellement de pratiques sera facilité dans les milieux où l'on retrouve cette convergence dans les visées éducatives.

LES PRATIQUES À RENOUVELER ET LES CONDITIONS DE LEUR RENOUVELLEMENT

Les pratiques à renouveler sont les pratiques dites « traditionnelles » d'éducation à la santé, dont les limites ont été bien documentées. Ces interventions sont en effet trop souvent axées sur la transmission des connaissances, concernent surtout les individus et pas assez leur environnement et sont morcelées en autant d'actions qu'il existe de thèmes de santé.

Dans un modèle de transmission de connaissances, les résultats se limitent à l'acquisition de savoirs ponctuels. Très peu de savoir-faire, de savoir-être et de savoir-agir sont développés. Ce modèle suscite peu de réinvestissement et de transfert des apprentissages de la part des jeunes dans leur quotidien. Il mise surtout sur des stratégies individuelles et contribue peu à la réalisation d'interventions multimodales (actions auprès des individus, environnements, milieux) reconnues comme étant plus efficaces. Certains milieux tendent cependant vers des stratégies plus intégrées en promotion et en prévention (Choinière, Roberge, Arcand et Martin, 2006).

Cela nécessite de travailler davantage en complémentarité (éducation et santé) afin de déployer des actions à plusieurs niveaux (jeune, école, famille, communauté) permettant d'agir sur plusieurs facteurs inter-reliés (compétences sociales, habitudes de vie, estime de soi, environnement physique, social, etc.). C'est la combinaison judicieuse de diverses stratégies (éducation pour la santé, création de milieux favorables, application de politiques publiques saines, partenariats avec la communauté, services préventifs offerts dans ou près des milieux de vie des jeunes) qui permettra le développement de compétences essentielles pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes.

L'intégration d'interventions efficaces aux pratiques et activités régulières de l'école est un enjeu au cœur de la transformation des pratiques.

Un autre aspect important du renouvellement des pratiques concerne le choix des approches pédagogiques susceptibles de contribuer davantage au développement des compétences personnelles, sociales et en matière de santé. Ces dernières se développent dans le temps à travers les acquis et la pratique et orientent vers le choix d'approches pédagogiques plus participatives où le jeune est engagé dans ses apprentissages.

Ainsi le renouvellement des pratiques porte essentiellement sur :

- La transformation d'attitudes, de perceptions, de conceptions relatives à la mission de l'école, aux déterminants de la réussite, de la santé, du bien-être et aux liens entre éducation et santé ;
- L'intégration des conditions d'efficacité reconnues des interventions de promotion et de prévention dans les pratiques et activités régulières de l'école ;
- Le recours à des approches pédagogiques appropriées pour le développement de compétences personnelles, sociales et en matière de santé ;
- Le travail en collégialité entre les enseignants, le personnel scolaire et les intervenants du réseau de la santé.

Les défis sont importants pour les praticiens concernés (enseignants, personnel scolaire, professionnels de la santé) qui sont appelés à revoir à la fois leurs pratiques et diverses conceptions relatives à la réussite éducative, à la santé et au bien-être.

Le renouvellement des pratiques chez les professionnels doit être considéré dans le cadre des organisations auxquelles ils appartiennent. Les systèmes d'éducation et de santé sont des organisations complexes où l'introduction de changements pose d'importants défis. Des enseignements précieux

peuvent être tirés de la littérature sur le changement provenant de divers secteurs et disciplines comme l'administration publique et privée, la sociologie, la psychologie, l'économie (Callaly et Arya, 2005 ; Iles et Sutherland, 2001). Il importe de prendre en compte les valeurs et la culture des organisations lors de l'introduction de nouvelles pratiques. Il faut aussi savoir respecter le rythme auquel les professionnels peuvent actualiser les changements en fournissant un accompagnement approprié.

Le tableau VI suivant résume les principaux éléments qui faciliteront l'introduction du changement (adapté de Rogers, 1995 ; Lafortune et Deaudelin, 2002).

TABLEAU VI

Éléments à considérer	Facilitateurs
Faisabilité du changement	Temps disponible pour échanger en équipe et travailler en collégialité Conditions mises en pratique pour l'atteinte d'un bon degré de préparation au changement Allocation de ressources humaines, matérielles ou financières pour supporter le changement
Compréhension du changement	Moyens appliqués pour diminuer la complexité des changements
Compatibilité du changement	Changements en accord avec les valeurs, normes, rites, expériences, besoins
Présence de gains immédiats	Compensation ou mesures incitatives (exemple : libération de tâches, outils, formation) Caractère observable des changements apportés (résultats)
Définition de tâches	Clarification des tâches, du partage de responsabilités avec d'autres professionnels, enseignants, parents
Climat organisationnel	Équipe dirigeante de l'établissement démocratique Relations interpersonnelles harmonieuses Satisfaction des professionnels Climat de confiance Communications efficaces dans l'organisation
Structure organisationnelle	Organisation souple Gestion participative Soutien administratif efficace Réceptivité face aux idées nouvelles Organisation qui a tendance à l'innovation
Mode d'introduction du changement	Consultation des personnes concernées Sensibilisation du personnel avant l'introduction du changement Dispositif d'accompagnement approprié : formation ; outils ; suivi ; ressources ; temps
Attitudes personnelles	Sentiment d'efficacité personnelle (*self-efficacy*) Motivation (croire aux bénéfices) Tendance à l'innovation Tolérance à l'ambiguïté Attrait pour la nouveauté

LES ACTEURS DU CHANGEMENT

Les directeurs d'école ou les directeurs des programmes de santé scolaire sont appelés à agir comme des gestionnaires du changement dans leur organisation. Pour faciliter l'introduction de nouvelles pratiques, ils ont intérêt à :

- développer une vision claire des changements souhaités. Cette vision doit permettre d'intégrer les pratiques antérieures, actuelles et à venir ;
- identifier des facteurs incitatifs au changement ;
- développer une culture supportant l'échange et le transfert des connaissances ;
- assigner des mandats, rôles et attentes clairs ;
- favoriser l'exercice autonome et responsable de la profession ;
- favoriser une gestion participative ;
- favoriser le travail en collégialité, ceci permettant aux professionnels de réfléchir ensemble sur des situations concrètes, sur l'élaboration de modèles d'intervention appropriés à partir de leur expérience ;
- favoriser la mise en réseau et la collaboration avec les partenaires externes, en revoyant les modes de collaboration et de coopération ;
- prévoir un dispositif d'accompagnement approprié (formation, suivi, outils) ;
- s'assurer d'une communication soutenue et ouverte ;
- reconnaître et souligner les efforts et les réussites ;
- reconnaître l'importance et se préoccuper de la santé et du bien-être des professionnels impliqués dans les interventions éducatives de promotion et de prévention (enseignants, personnel scolaire, intervenants de la santé).

Bien que ces éléments concernent les enseignants, le personnel scolaire et les professionnels de la santé déjà en fonction, il est sans conteste nécessaire d'envisager à court terme des ajustements à la formation initiale des maîtres et des professionnels de la santé pour assurer la pérennité des pratiques à transformer.

LES MODÈLES THÉORIQUES DE SOUTIEN AU RENOUVELLEMENT DES PRATIQUES

La littérature scientifique rapporte différents modèles pour instaurer le changement dans les pratiques. Certains modèles s'avèrent plus pertinents à examiner dans une perspective de développement de compétences, de pratiques promotrices de santé et de prévention (Argyris et Schön (2001), Gélinas, 1994 ; Schoonbroodt et Gélinas, 1996 ; St-Arnaud, Bourassa et Serre (1999), Lafortune et Deaudelin, 2004) :

- le modèle du changement planifié dans une perspective d'innovation ;
- le modèle du changement émergent dans une perspective d'« énovation[67] » ;
- le modèle de changement dans une perspective de science-action ;
- le modèle de changement dans une perspective socioconstructiviste.

Modèle du changement planifié dans une perspective d'innovation

Dans ce modèle, la transformation des pratiques repose sur une conception du changement planifié articulé autour du processus suivant : recherche ou expertise, développement de programmes ou interventions, diffusion. Il s'agit d'un modèle linéaire où le praticien est considéré comme une personne

67. Il s'agit d'un terme inventé par l'auteur.

plutôt passive à qui on doit présenter l'innovation de la bonne manière, au bon moment et au bon endroit (Gélinas et Pilon, 1994). L'implantation doit donc s'accompagner d'une stratégie détaillée qui tiendra compte des divers facteurs pouvant faciliter ou contraindre l'adoption de la nouveauté et son intégration dans les pratiques (Rogers, 1995 ; Iles et Sutherland, 2001).

Dans cette perspective, l'accent est mis sur la nouveauté, sur le contenu du changement qui peut être déterminé avant l'intervention : le changement est planifié. Ce que l'on veut introduire dans les pratiques est perçu comme étant l'optimalisation de celles-ci. Le plus souvent, on vise à faire partager une vision commune des pratiques à implanter et on propose un plan précis, cohérent, détaillé, rigoureux qui laisse peu de place à la réflexion et la créativité des milieux. Ce modèle est très répandu dans le champ de la santé publique.

L'accompagnement conçu dans cette perspective fait appel à des « porteurs de l'innovation » qui vont se centrer sur le remplacement des pratiques. Ils élaboreront des activités de formation continue qui permettront de mettre en place les pratiques en accord avec le plan, réduire l'écart entre ce qui est actuellement mis en œuvre et ce qui est nouvellement souhaité et des activités pour contrer la résistance au changement.

Modèle du changement émergent dans une perspective d'« énovation »

Dans ce modèle, le changement est vu comme un processus et les pratiques à modifier deviennent une occasion de soutenir ce processus. Les praticiens sont considérés comme porteurs d'expertise, comme professionnels capables de prendre du recul à l'égard de leur pratique, d'en faire une analyse réflexive la mettant en perspective avec les pratiques proposées par la théorie, d'en tirer des expériences et des connaissances qui font émerger des pratiques nouvelles. L'accompagnement conçu dans cette perspective repose sur une toute autre démarche que la stratégie d'implantation. Il s'agit d'une méthodologie de médiation avec les praticiens.

L'accompagnement se centre sur les représentations des acteurs par rapport à l'objet (par exemple une problématique santé, une problématique scolaire). Il s'agit de rendre possible la rencontre entre les savoirs scientifiques et théoriques et les expériences des praticiens. On s'intéresse aux constructions de sens des acteurs, à la diversité des représentations, des conceptions, des réalités et des interprétations qui sous-tendent leurs pratiques. L'analyse réflexive permet alors la création, l'adaptation et l'émergence de façons de faire nouvelles, en parfaite cohérence avec les objectifs visés.

Une stratégie pragmatique de résolution de problèmes pensée en termes systémique et constructiviste caractérise la méthodologie du changement émergent (Schoonbroodt et Gélinas, 1996). Elle comporte quatre temps :

- la problémation[68] : identifier les acteurs, ce qui leur fait problème ;
- la conceptualisation : identifier les visions et les modèles conceptuels ;
- la délibération : comparer les modèles avec la réalité, identifier de nouveaux cadres ou de nouvelles perspectives ;
- la contextualisation : décision de changement, mise en acte des changements.

Le changement dans les pratiques émerge de ces interactions grâce au recadrage facilité par l'intervenant qui accompagne les praticiens.

---

68. Il s'agit d'un terme inventé par l'auteur.

Modèle de changement dans une perspective de science-action

Le modèle de science-action a été développé au Québec par Yves St-Arnaud, Fernand Serre et Bruno Bourassa de l'Université de Sherbrooke. Il s'inspire des travaux de Donald Schön et Chris Argyris (2001) et constitue une reconnaissance de la validité scientifique du savoir qui vient de l'agir, de l'expérience concrète. En science-action, le praticien est intimement associé ; il participe. La démarche proposée par la science-action permet de transformer les pratiques « en cours de pratique » par un processus de réflexion « dans l'action » (pendant qu'on intervient) et sur l'action (intervention réalisée).

Yves St-Arnaud décrit une nouvelle méthode, la praxéologie, comportant essentiellement deux activités : celle du praticien qui réfléchit scientifiquement sur son action pour augmenter son efficacité professionnelle et celle du praticien-chercheur qui veut contribuer à l'avancement des connaissances sur l'intervention. Dans la science-action, les systèmes d'activité scientifique et d'activité professionnelle sont fusionnés en un seul système : l'activité professionnelle conduite scientifiquement.

L'accompagnement conçu dans la perspective de la science-action s'appuie sur des activités qui donneront aux acteurs les moyens de se questionner, de réfléchir et d'apporter des changements à leurs interventions.

Modèle de changement dans une perspective socioconstructiviste

Dans la perspective constructiviste, on considère que l'apprenant est au cœur de ses apprentissages, c'est-à-dire que la connaissance ne peut être transmise par un autre, mais qu'elle est construite par le sujet lui-même à partir de ses expériences, de son vécu, et de ses connaissances antérieures (Jonnaert, 2002). L'appellation socioconstructiviste met en évidence que même si l'apprenant construit ses connaissances, il ne le fait pas seul. Il le fait dans un contexte social, en relation avec un enseignant ou un accompagnateur et avec ses pairs, dans un processus constant de confrontation des idées.

L'approche socioconstructiviste se caractérise par un sujet actif cognitivement qui construit ses connaissances en interaction avec les autres dans un processus réflexif sur ses conceptions, ses stratégies.

Dans cette perspective, l'accompagnement renvoie au soutien apporté pour que les praticiens cheminent dans la construction de leurs connaissances. Le rôle d'expert généralement attribué à la personne accompagnatrice devrait se transformer en un rôle de guide (Lafortune et Deaudelin, 2002, p. 26-27). La perspective socioconstructiviste favorise l'interaction, mais aussi la confrontation liée aux diverses expertises, représentations et expériences professionnelles. Il s'agit de guider les praticiens dans une analyse critique au cours de laquelle ils s'approprient graduellement le changement. Il importe d'activer leurs connaissances antérieures, d'établir des liens avec les nouvelles connaissances et de transférer le fruit de leur apprentissage en situation réelle. Cela se réalise à travers les discussions, le partage d'idées, de points de vue et la remise en question (Lafortune et Turcotte, 2006).

LES PROPOSITIONS D'ACCOMPAGNEMENT

Les modèles théoriques de transformations des pratiques examinés permettent de dégager des éléments pour l'élaboration d'un dispositif d'accompagnement destiné aux praticiens (enseignants, autre personnel scolaire, professionnels de la santé et des services sociaux).

Les praticiens des deux secteurs éducation et santé doivent s'approprier les fondements des changements souhaités, élaborer des approches et des façons de faire nouvelles avec lesquelles ils sont à l'aise et apprendre à remettre en question le bien-fondé et l'efficacité de leurs pratiques.

Cet accompagnement vise à :

- aider les professionnels à enclencher la démarche et les soutenir dans la transformation de leurs pratiques plutôt que de simplement les amener à remplacer leurs pratiques actuelles par des façons de faire nouvelles, conçues et mises au point par d'autres (L'Hostie et Boucher, 2004, p. 88) ;
- amener les praticiens à travailler en collaboration intersectorielle (santé et éducation) ;
- amener les praticiens à une réflexion sur leur pratique professionnelle : décrire sa pratique, l'analyser, l'adapter (Schön, 1994 ; Lafortune et Deaudelin, 2002 ; Désilets, 2005 ; Gélinas, 2004). Ceci fait appel à une capacité d'introspection et d'analyse qui exige du temps ;
- conjuguer ces intentions avec les impératifs d'implantation et l'obligation de résultats.

CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOMPAGNEMENT À OFFRIR

L'accompagnement proposé doit permettre de rendre le professionnel actif sur le plan cognitif dans son apprentissage. Il s'agit de le placer en position explicite d'apprendre dans l'action : lui demander de s'exprimer pour activer ses connaissances antérieures ; l'amener à confronter ses idées avec celles des autres ; susciter des conflits sociocognitifs ; profiter de ceux qui émergent des discussions ; mettre en évidence les diverses conceptions ; lui faire établir des liens entre des concepts ou des situations ; lui faire chercher des solutions.

L'accompagnement envisagé dans cette perspective :

- s'éloigne du modèle de l'expert qui sait et qui transmet pour s'orienter vers une nouvelle façon de concevoir le développement des compétences professionnelles où la logique est celle de partenaire plutôt que d'expert ;
- rassemble les enseignants, personnel scolaire et intervenants de la santé à différents moments pour des formations et suivis communs ;
- favorise l'apprentissage par expérience et implique la participation des praticiens. Il mise sur la valeur ajoutée de l'apport des professionnels qui se sentent alors valorisés et ont plus tendance à s'ouvrir aux idées et expériences des autres ;
- est basé sur les acquis professionnels. Il ne s'agit pas d'être en rupture avec ce qui se fait déjà mais bien d'adapter, de faire évoluer les pratiques en lien avec l'évolution des connaissances ;
- est fondé sur l'ouverture à la diversité de sens comme richesse à exploiter : au lieu de mettre les différences en opposition, on les met à contribution ;
- privilégie le partage des visions permettant l'émergence de nouvelles pratiques ;
- tient compte des défis que chaque acteur doit relever. Par exemple, les enseignants pourront avoir besoin de se familiariser avec certains contenus en matière de santé alors que les professionnels de la santé auront à se familiariser avec certaines approches pédagogiques ;

- s'inscrit dans le temps : réponse à des besoins à court, moyen et long terme, il respecte le rythme de changement des professionnels.

On comprend aisément qu'outre les capacités de communication et d'animation d'un groupe en situation d'apprentissage, les accompagnateurs possèdent des compétences particulières pour guider les praticiens dans un accompagnement de ce type, axé vers une pratique réflexive. Il s'agit notamment d'aptitudes à recadrer, à gérer la complexité, à soutenir la créativité, à cerner et partager les visions et les enjeux des acteurs (Lafortune et Deaudelin, 2002 ; Gélinas, 2004).

COMPOSANTES DU DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT

L'accompagnement s'inscrit dans la durée et repose sur des activités de formation, sur la mise en place de diverses modalités de soutien et de suivi. En effet, bien que les activités de formation soient stimulantes, elles sont insuffisantes. Le manque de suivi engendre le retour aux pratiques antérieures. Le niveau de transfert résultant d'une formation est faible, même si c'est le but ultime de toute formation. L'une des conditions importantes pour que le transfert ait lieu est d'offrir un suivi sous forme d'accompagnement continu et efficace (soutien, parrainage, supervision) (Désilets, 2005 ; Lafortune et Deaudelin, 2002).

Il est recommandé que l'accompagnement comporte :

- du temps de travail individuel ;
- du temps pour l'expérimentation ;
- des moments d'échange entre les professionnels d'un même réseau ;
- des rencontres régulières avec les partenaires pour effectuer une pratique réflexive « collective » ;
- des activités de formation communes entre les professionnels de l'éducation et de la santé et des activités de formation spécifiques pour chaque réseau ;
- du temps récurrent de supervision avec un accompagnateur.

Il convient d'élaborer l'accompagnement de façon à respecter le rythme auquel les professionnels peuvent effectuer le changement et en tenant compte des ressources disponibles pour mettre en pratique les divers moyens proposés.

Il est recommandé que le suivi soit planifié de manière à permettre :

- le transfert des apprentissages visés par les activités de formation dans la pratique en milieu de travail ;
- la liaison entre les gestionnaires, les praticiens et leurs partenaires ;
- le soutien des praticiens dans la résolution des problèmes rencontrés ;
- l'ajustement des activités de formation et du budget consacré à l'accompagnement ;
- la reddition de compte face aux résultats sur le renouvellement des pratiques ; le déroulement des activités ; les coûts.

Dans la perspective d'une pratique réflexive, il est essentiel d'associer les praticiens à la planification des activités de suivi et à l'élaboration des moyens qui seront utilisés.

ÉLÉMENTS À ABORDER DANS L'ACCOMPAGNEMENT

L'analyse des besoins des praticiens en lien avec les pratiques à renouveler déterminera le contenu spécifique des activités à réaliser dans le cadre de l'accompagnement et permettra de procéder à une planification précisant les compétences à développer, les personnels concernés, le format, les moments, la durée et les ressources requises.

En cohérence avec les changements souhaités dans les pratiques, certains éléments s'avèrent d'emblée importants à aborder au cours de l'accompagnement. (Lafortune et Deaudelin, 2002).

Aborder le processus de changement lui-même

Il importe de s'interroger avec les personnes accompagnées sur les origines et la nature des changements proposés et de comprendre les manifestations, les résistances ainsi que les conditions et les moyens à mettre en place pour s'engager dans le changement.

Voici des exemples d'activités à proposer :

- offrir un moment de réflexion aux participants sur des situations de changement qu'ils ont vécues et faire ressortir les éléments associés aux changements qualifiés de « faciles » et ceux qualifiés de « difficiles » ;
- faire distinguer les manifestations et les causes de la résistance au changement. Mettre en perspective les réponses des participants avec une liste déjà établie des principales causes et manifestations ;
- en équipe, trouver des solutions en fonction de l'une ou l'autre des causes de résistance au changement ;
- comparer et enrichir les solutions en s'inspirant de données issues de la littérature sur le changement. Permettre aux participants de s'interroger sur les solutions proposées et de les affiner en fonction des caractéristiques des changements qui les concernent.

Approfondir certains concepts

Qui dit « nouvelles pratiques » dit « nouveaux concepts », tant du côté des enseignants et du personnel scolaire que des intervenants du réseau de la santé. Il est important d'explorer le sens de différents concepts liés aux apprentissages, aux différentes stratégies de promotion de la santé et aux interventions préventives. La réalisation d'activités permettant de confronter les différentes conceptions peut être bénéfique dans l'appropriation collective de nouveaux concepts.

- Exemple d'activité conseillée : proposer un ensemble de concepts à définir par les participants. Attribuer les concepts plus familiers pour un réseau à ses partenaires de l'autre réseau. Mettre en perspective les définitions fournies avec celles qui sont les plus reconnues pour chacun des concepts. Cet exercice fournit l'occasion de mettre en évidence les différences de sens ou de conceptions. Il permet une prise de conscience et contribue à resituer les concepts afin de partager une compréhension commune.

Les discussions permettant d'approfondir divers concepts peuvent également conduire à mettre en évidence des cohérences et des incohérences entre les croyances et les pratiques. (Lafortune et Turcotte, 2006).

Aborder le travail en collaboration et en partenariat

Le renouvellement de pratiques souhaité comporte la dimension du travail en collégialité entre les acteurs de l'éducation et ceux de la santé. Toutefois, ce mode d'action est exigeant et il convient d'outiller les gens pour réussir. Le travail en partenariat suppose une meilleure connaissance et compréhension de la culture et des réalités de chacun. Il dénote également une grande ouverture et une reconnaissance des expertises de chacun. Il implique le respect des structures et l'autonomie des acteurs (Bilodeau, Lapierre, Marchand, 2003).

Afin de faciliter l'appropriation du travail en partenariat, il peut être avantageux de réaliser des activités qui porteront par exemple sur :

- les conditions favorables au partenariat efficace ;
- la compréhension des acteurs et de leur univers ;
- des techniques pour résoudre les conflits.

Les activités pourront prendre la forme de mises en situation ou de jeux de rôle.

Aborder le processus d'apprentissage des personnes accompagnées

Lorsque l'on souhaite que des praticiens transforment leurs pratiques et comprennent mieux la portée de leurs interventions, il s'avère pertinent d'inclure une dimension « métacognitive » à l'accompagnement (Lafortune et Deaudelin, 2002). La métacognition réfère au regard qu'une personne porte sur sa démarche mentale lors du processus d'apprentissage. Il importe d'amener le professionnel à développer des connaissances sur ses façons d'apprendre (les processus mentaux qu'il met en action), par exemple :

- connaître ses forces, ses faiblesses ;
- évaluer la difficulté ou la facilité des tâches à effectuer ;
- identifier les stratégies à utiliser (quoi ? quand ? et comment ?).

Outre ces connaissances, la métacognition est aussi associée à la gestion de l'activité mentale mise en branle par l'individu pour contrôler et organiser sa propre pensée, par exemple :

- anticiper le résultat (planification) ;
- évaluer sa démarche en cours de processus (contrôle) ;
- ajuster ses stratégies selon l'évaluation effectuée (régulation).

On peut explorer ces divers éléments en proposant par exemple :

- une réflexion théorique sur le concept de métacognition en demandant aux participants de fournir leur propre définition du concept. Il s'agit par la suite de mettre en commun les définitions des membres du groupe et d'en faire ressortir les différences et les ressemblances ;
- une activité de résolution de problèmes en dyade au cours de laquelle l'une des deux personnes résout le problème et verbalise les étapes qu'elle franchit mentalement pour y arriver.

Les connaissances métacognitives et la gestion de l'activité mentale se développant lentement, il convient de planifier plusieurs activités où les professionnels peuvent prendre conscience de leurs propres processus cognitifs mais aussi les comparer avec ceux des autres (Lafortune et Deaudelin, 2002).

Soutenir la pratique réflexive

La pratique réflexive implique de la part du professionnel un ensemble de gestes axés sur l'analyse de sa pratique menant à des actions pour la rendre plus efficace. Le praticien doit réfléchir, observer, examiner, analyser et réguler sa manière d'intervenir en situation : avant, au début, pendant, à la fin et après l'action (Lafortune et Turcotte, 2006).

L'utilisation de moyens et outils variés est susceptible d'aider le professionnel à développer cette pratique réflexive. On peut citer à titre d'exemples :

- le modelage (modification de comportement par observation d'une situation, d'une personne) ;
- la réflexion et la discussion avec d'autres sur une fréquence régulière (communauté de pratiques) ;
- la participation à des partages d'expériences où les modèles d'intervention sont confrontés entre eux et avec les modèles existants ou proposés. Les interactions peuvent faire émerger des pratiques nouvelles. Ces activités devraient se terminer par un bilan des apprentissages ;
- l'utilisation d'outils facilitant la description de sa pratique, comme des grilles d'autoobservation, un journal de bord, un carnet de pratique réfléchie. Ce dernier est un outil permettant au professionnel de « faire enquête sur lui-même ». Il pourra y consigner la description de la pratique à changer, la formulation d'objectifs à atteindre en fonction d'éléments observables et mesura-

bles, le choix de moyens pour atteindre les objectifs, la planification de l'intervention envisagée, la mise en œuvre, l'évaluation des résultats obtenus, l'explication des résultats, la discussion avec un accompagnateur ou l'équipe interdisciplinaire ;

L'analyse des besoins des praticiens en lien avec les pratiques à renouveler déterminera le contenu spécifique des activités de formation à réaliser et permettra de procéder à une planification précisant les compétences à développer, les personnels concernés, le format, les moments, la durée et les ressources requises.

En cohérence avec les changements souhaités dans les pratiques, certaines activités s'avèrent d'emblée importantes à inclure dans le plan de formation (Lafortune et Deaudelin, 2002).

Conclusion

Le renouvellement des pratiques susceptibles de contribuer à la prévention des conduites à risque exige un cheminement important de la part des acteurs concernés. Leur transformation passe par des changements personnels du professionnel tant au niveau de ses pratiques éducatives que des conceptions, des visions de son activité. La transformation des pratiques s'inscrit toutefois dans le contexte plus global des organisations auxquelles les professionnels appartiennent. Elle est donc tributaire des conditions organisationnelles mises en place pour soutenir les changements et de l'accompagnement que les professionnels reçoivent. Cela implique une collaboration étroite entre tous les acteurs des systèmes : gestionnaires et praticiens. Le renouvellement des pratiques est un élément indispensable à l'efficacité des programmes auquel il faut accorder une place, du temps et des moyens suffisants.

DES EXEMPLES DE DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT

EXEMPLE D'ACCOMPAGNEMENT DES PRATIQUES AU QUÉBEC

Description du dispositif d'accompagnement pour renouveler les pratiques en promotion et en prévention dans l'approche *École en santé*

Au printemps 2003, le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ont entériné une entente de complémentarité des services à offrir aux jeunes pour soutenir leur développement. Un axe de cette entente porte sur la promotion et la prévention et se traduit concrètement par la mise en place de l'approche *École en santé*.

Une structure d'accompagnement à trois niveaux provincial, régional et local soutient les acteurs pour renouveler les pratiques de promotion et de prévention en milieu scolaire dans le cadre de cette approche.

Au niveau provincial

Une équipe de formateurs-accompagnateurs soutient à la fois des personnes-ressources dans chacune des régions du Québec et des accompagnateurs au niveau des écoles. Le soutien est toujours conçu et offert en tandem « éducation et santé ». Il prend des formes variées et comporte l'utilisation de divers outils :

- ateliers de formation (appropriation de l'approche *École en santé* ; comment accompagner les milieux ; comment faire l'analyse

de la situation de la santé, du bien-être et de la réussite dans une école ; comment choisir les meilleures pratiques en promotion et en prévention, etc.) ;
- rencontres de supervision et d'échanges ;
- communautés de pratiques (en développement) ;
- visioconférences ;
- rencontres bisannuelles des personnes-ressources responsables de l'approche *École en santé* au niveau régional ;
- soutien téléphonique aux personnes-ressources ;
- site web (en développement) ;
- élaboration d'une boîte à outils pour les accompagnateurs au niveau des écoles comprenant :

– un guide d'implantation de l'approche *École en santé* ;
– un outil d'analyse de l'état de santé et du bien-être des jeunes ; de l'état de la réussite scolaire ; des caractéristiques physiques et sociodémographiques du milieu ; des ressources et activités disponibles ;
– un outil pour convenir des priorités de promotion et prévention dans l'école (critères et grille d'ordonnancement) ;
– un outil d'aide à la décision pour choisir les meilleures pratiques en promotion et en prévention (incluant notamment des recommandations d'experts, un questionnement réflexif sur les pratiques, un avis scientifique sur certains programmes utilisés dans les écoles) ;
– un carnet de bord de l'accompagnateur (aide-mémoire sur les étapes de la démarche dans l'école, conseils d'animation, etc.).

Au niveau régional

Des personnes-ressources sont identifiées dans les instances régionales d'éducation et de santé de chacune des régions administratives du Québec (au nombre de 18) pour soutenir la mise en place de l'approche. Elles approfondissent l'accompagnement offert au niveau national avec leurs accompagnateurs locaux (dans les écoles). Chaque région élabore une stratégie d'accompagnement s'inspirant du modèle national mais adaptée à la réalité régionale.

Au niveau local (écoles)

Des professionnels provenant des commissions scolaires et des centres de santé et de services sociaux exercent le rôle d'accompagnateurs. Ils soutiennent concrètement les écoles de leur territoire engagées dans la mise en place de l'approche *École en santé*. Le soutien varie d'une région à l'autre mais se traduit habituellement par des rencontres de planification avec le comité *École en santé,* du soutien pour le choix des meilleures pratiques en promotion et en prévention, de la formation pour répondre aux besoins spécifiques du milieu, des rencontres de suivi, de l'animation d'activités dans l'école, auprès de la famille ou en lien avec la communauté.

L'accompagnement national est élaboré en collaboration avec des acteurs régionaux et locaux des deux réseaux. Il vise à rendre les régions autonomes pour accompagner leurs milieux à moyen terme (de trois à cinq ans).

EXEMPLE D'ACCOMPAGNEMENT DES PRATIQUES EN BELGIQUE

Création d'un « Point d'appui aux écoles en matière de prévention des assuétudes » au sein des Centres locaux de promotion de la santé agréés par la Communauté française de Belgique.

Le Gouvernement de la Communauté française a adopté le 21 avril 2006 un « Programme d'actions de prévention des assuétudes en milieu scolaire ». Ce dernier prévoit notamment la création d'un projet pilote mettant en œuvre des « points d'appui aux écoles en matière de prévention

des assuétudes » et a souhaité en confier la réalisation aux Centres locaux de promotion de la santé agréés en Communauté française de Belgique.

Il est apparu que les missions des points d'appui cadrent avec les missions organiques des Centres locaux de promotion de la santé (CLPS). En effet, les CLPS sont des organismes agréés pour coordonner, sur le plan local, la mise en œuvre du programme quinquennal de promotion de la santé. Ils ont notamment pour missions d'initier des dynamiques de partenariats, d'intersectorialité qui permettent de définir des priorités d'actions pour les politiques locales de santé. Installer les points d'appui dans les CLPS permet, dès lors, à ces structures de promotion de la santé d'accorder une attention particulière aux écoles au sujet des drogues. Pour les uns, le point d'appui vient ainsi renforcer une action déjà initiée ; pour les autres, le projet vient donner la possibilité de s'ouvrir davantage au milieu scolaire.

Les points d'appui jouent le rôle d'interface entre les structures spécialisées en vue de :

- renforcer la connaissance des acteurs scolaires des écoles secondaires de la Communauté française (directions, enseignants, centres psycho-médico-social (CPMS), services de promotion de la santé à l'école (SPSE) concernant l'offre de prévention de ces structures ;
- faciliter l'adaptation de l'offre de prévention aux besoins du milieu scolaire ;
- permettre un échange entre écoles d'une part, et entre les écoles et les structures spécialisées, d'autre part ;
- d'impliquer ces structures et ces écoles dans une dynamique de réseau.

Les points d'appui se basent pour ce qui concerne l'approche en matière de prévention des assuétudes en milieu scolaire, sur le Plan quinquennal de promotion de la santé et la Circulaire de recommandations en matière de prévention des assuétudes en milieu scolaire. Cette approche y est définie comme suit :

- la prévention des assuétudes à l'école s'inscrit dans une optique de promotion de la santé et a, en conséquence, une visée éducative. Elle ambitionne de renforcer les compétences des jeunes afin qu'ils puissent éviter une entrée dans des consommations problématiques de produits licites ou illicites ;
- conformément à la Note de politique fédérale de 2001 relative aux drogues, la santé et le bien-être du jeune constituent la dimension prioritaire de la prévention ;
- la prévention concerne l'ensemble des assuétudes (cannabis, tabac, alcool, médicaments, jeux, etc.).

Les missions des points d'appui sont les suivantes:

I. Offre de prévention

Le point d'appui réalise un état des lieux comprenant un inventaire :

- des structures spécialisées sur la zone couverte par le CLPS (structures de prévention et de prise en charge) ;
- des actions menées par les structures spécialisées dans les écoles ;
- des outils pédagogiques spécifiques aux milieux scolaires ;
- des formations existant sur la zone.

et un relevé des besoins.

Le point d'appui réalise un relevé des besoins lequel est destiné à informer les ministres concernés sur les actions prioritaires à mener dans le cadre de ce projet pilote. Cette analyse se fait en impliquant tous les partenaires à chaque étape du travail.

II. Diffusion de l'information

Le point d'appui veille à la diffusion de ces informations vers les acteurs scolaires. Pour ce faire, il utilise notamment les moyens suivants :

- séances d'information et rencontres régulières des acteurs scolaires ;

- réalisation d'un support à destination des établissements scolaires, des CPMS et des PSE (par exemple : CD-Rom, répertoire, DVD, etc.) ;
- création d'un site web en lien avec le site ou la page web de chaque CLPS. Cette « fenêtre » reprendra une présentation du projet, ses objectifs, les services proposés, le relevé des éléments précités, les partenaires privilégiés, des adresses ressources en Wallonie et à Bruxelles, un lien vers les autres points d'appui, la présentation du réseau (visé à l'article 3 point III) avec ses objectifs, ses éventuelles activités ainsi que toute autre information utile. Par ailleurs, le point d'appui veille à ce que cette « fenêtre » puisse être un outil de communication avec les partenaires concernés (par exemple via l'envoi d'une lettre électronique d'information).

III. Création ou renforcement de réseaux

La troisième mission du point d'appui est une mission de mise en réseau de tous les partenaires concernés.

Les objectifs de cette mise en réseau sont les suivants :

- mener, avec les opérateurs concernés, une concertation et une réflexion commune pour arriver à un discours cohérent sur les interventions, leur philosophie et leur éthique de travail, tout en respectant les spécificités des interventions de chacun ;
- trouver des solutions en commun pour améliorer les conditions d'intervention en milieu scolaire ;
- échanger de bonnes pratiques entre acteurs scolaires, d'une part ; entre acteurs scolaires et acteurs spécialisés d'autre part.

Pour ce faire, le point d'appui met sur pied et anime un réseau constitué des différents acteurs concernés par la prévention en assuétudes en milieu scolaire (directions, enseignants, médiateurs, associations, etc.). À ce sujet, chaque point d'appui veille à collaborer avec les réseaux déjà existants.

EXEMPLE D'ACCOMPAGNEMENT DES PRATIQUES EN FRANCE

Les pôles régionaux de compétence : une offre de services et de ressources pour les acteurs de proximité

Les pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé (EPS) sont issus de la circulaire d'octobre 2001 sur les schémas régionaux d'éducation pour la santé (les Sreps). Ainsi, des plateformes fédèrent des compétences et des ressources en EPS dans une région, pour venir en appui à la mise en œuvre des actions de proximité en éducation et promotion de la santé. Cette organisation va privilégier les aspects méthodologiques, grâce à des fonctionnalités transversales (conseil méthodologique, formation, appui documentaire) mises à la disposition des acteurs, et les échanges entre eux. En 2006, toutes les régions françaises sont concernées par les pôles régionaux de compétence.

Plus concrètement, le pôle régional constitue une organisation (physique ou virtuelle, de nature variée telle que plateforme, réseau, fédération, etc.) fédérant les ressources et les compétences de la région susceptibles d'être mises à la disposition des acteurs de proximité pour mettre en place des actions en éducation pour la santé ou promotion de la santé.

Le plus souvent, les porteurs de projets sont le réseau des comités d'éducation pour la santé, régionaux (Cres) et départementaux (Codes), seuls ou associés à d'autres acteurs ou réseaux d'EPS généralistes ou thématiques. Dans quelques régions, ce sont des fédérations déjà constituées d'acteurs en EPS qui portent le projet de pôle de compétence. Les activités développées sont variées (services, outils, lieux d'échange, coordination, mutualisation, etc.).

Du point de vue des missions, les pôles régionaux de compétence en EPS consti-

tuent des plates-formes de services et de ressources qui visent à :

- améliorer la qualité des programmes et des actions mises en place localement en étoffant les compétences des acteurs ;
- mutualiser, partager l'information entre tous les acteurs (professionnels et usagers) dans le but d'harmoniser les pratiques, d'introduire plus de complémentarité dans les interventions, de mieux prendre en compte les besoins et la place des usagers ;
- optimiser les ressources afin de mieux couvrir les territoires et les populations, de faciliter le transfert d'interventions qui marchent et l'implantation d'actions innovantes.

Les compétences et ressources des pôles recouvrent :

- des services (appui méthodologique, appui à l'évaluation, formation, expertise, etc.) ;
- des outils (ressources documentaires, bases de données, outils d'intervention, grilles de critères, etc.) ;
- des lieux d'échanges (thématiques ou méthodologiques, sur les pratiques ou les concepts) ;
- des lieux de construction en commun ou en coordination (charte, protocole d'étude, cahier des charges, etc.).

Le pôle regroupe donc des fonctionnalités transversales telles que conseil méthodologique, ingénierie de projet, formations, documentation, suivi, évaluation. Il assure à la fois les missions de centre ressource pour des porteurs de projets, de carrefour interinstitutionnel et interréseaux d'échanges d'information, de pratiques et d'expertise, de lieu de coordination, de l'offre de service et du système d'information.

Les activités du pôle peuvent être développées vers les acteurs de terrain (quel que soit leur champ d'intervention) ou les décideurs. Il a ainsi vocation à rassembler et mettre en lien les acteurs de l'ensemble du territoire.

ANNEXES

Les phases du développement de l'enfant et de l'adolescent

TABLEAU 1

Les caractéristiques du développement de l'enfant – Période de 6 à 9 ans

Affectif	Cognitif	Moral	Physique	Sexuel	Social
Développement et consolidation importante de l'estime de soi	Apprentissage de nouvelles capacités cognitives : stade des opérations concrètes (résolution de problèmes) L'enfant se sert de symboles pour faire les opérations Amélioration de la syntaxe	Morale de contrainte : le bien représente ce qui est conforme à l'autorité	Période propice pour l'adoption d'habitudes de vie favorables à la santé (alimentation et hygiène dentaire) Importance de la famille et des amis au regard du comportement alimentaire	Intérêt pour les fonctions sexuelles	Entrée dans le monde scolaire où les contacts sociaux sont plus nombreux
Diminution de l'égocentrisme L'enfant compose mieux avec les différences de l'autre	Intérêt pour la découverte Recherche d'occasions d'agir par soi-même	Phase propice au développement de l'entraide par les pairs	Développement important sur le plan psychomoteur	Amorce de la vulnérabilité au développement des stéréotypes sexuels (l'école et les manuels scolaires ont une grande importance pour l'adoption d'un modèle sexuel)	Entrée dans un monde où se vivent des succès, des échecs
Amorce graduelle d'une stabilité sur le plan affectif	Capacité d'attention soutenue encore faible Capacité d'observation élevée	Vulnérabilité à l'influence néfaste des amis ne partageant pas des valeurs similaires	Début de l'autonomie au plan corporel	Vulnérabilité à l'exploitation sexuelle	Apprentissage de la coopération avec les adultes
Capacité à éprouver des sentiments ambivalents	Expérimentation de la satisfaction de persévérer jusqu'à la fin d'une tâche et d'utiliser ses aptitudes selon ses attentes personnelles et celles des autres		Amorce de l'autonomie face aux habitudes de vie liées à l'hygiène corporelle	Recherche d'un modèle de son genre (sexe)	Importance grandissante de l'influence du groupe de pairs (de même sexe)

TABLEAU 1 (suite)

Les caractéristiques du développement de l'enfant – Période de 6 à 9 ans

Affectif	Cognitif	Moral	Physique	Sexuel	Social
Utilisation de mécanismes de défense pour combattre l'anxiété tels que la régression, le refoulement, la sublimation, la projection et la formation réactionnelle	Difficulté à évaluer les conséquences de ses actions Limite à bien saisir la notion de risque		Amélioration significative des capacités physiques (capacités d'autorégulation et d'auto-apaisement, compétences motrices brutes)		Décroissance de l'égocentrisme Augmentation de l'aptitude à communiquer de l'information aux autres
Vulnérabilité à l'anxiété de performance, à la compétition exagérée	Utilisation des symboles pour effectuer des opérations (classification, nombres, conservation, etc.)		Vulnérabilité aux accidents et aux blessures car difficulté à évaluer les risques et les conséquences		
Vulnérabilité au développement d'un sentiment d'infériorité	Accès plus important aux représentations mentales et aux connaissances (meilleure compréhension des consignes)		Esprit critique à l'égard de l'alimentation		
Importance de la rétroaction positive exprimée par des personnes significatives (parents, enseignants)					

TABLEAU 2

Les caractéristiques du développement de l'enfant et de l'adolescent – Période de 10 à 13 ans

Affectif	Cognitif	Moral	Physique	Sexuel	Social
Plus grande stabilité sur le plan affectif Plus grande confiance en soi Meilleure acceptation des différences de l'autre	Poursuite du développement de l'apprentissage	Développement de la pensée opératoire réversible permettant de considérer plus d'un point de vue	Poursuite et consolidation du développement psychomoteur, de la découverte et de l'utilisation de son corps et de ses aptitudes	Apparition des différences physiques associées aux sexes féminin et masculin	Importance grandissante du groupe de pairs du même sexe et de son potentiel d'influence
Vulnérabilité à l'anxiété de performance, à la compétition exagérée, au développement d'un sentiment d'infériorité	Stade de la pensée formelle	Vulnérabilité à l'influence néfaste des amis qui ne partagent pas les mêmes valeurs	Baisse du niveau global de l'activité physique surtout chez les garçons âgés de 10 à 14 ans et niveau d'activité physique faible chez les filles âgées de 10 à 14 ans	Vulnérabilité à l'exploitation sexuelle	Propension aux conduites à risque
Amorce d'un besoin important de distanciation avec les parents	Amorce de la prise de conscience des conséquences à court et à long terme de ses actions		Phase où la famille et les pairs jouent un rôle important face au comportement alimentaire	Vulnérabilité au développement des stéréotypes sexuels	Poursuite de la baisse de l'égocentrisme
Importance du groupe de pairs pour maintenir l'estime de soi	Amélioration de la capacité de résolution de problèmes		Vulnérabilité aux accidents et aux blessures	Intérêt pour les fonctions sexuelles	
			Sollicitation de l'entourage pouvant influencer les habitudes de vie : alimentation, activité physique, tabac, drogues et alcool		

TABLEAU 3

Les caractéristiques du développement de l'adolescent – Période de 13 à 17 ans

Affectif	Cognitif	Moral	Physique	Sexuel	Social
Acquisition progressive de l'identité personnelle, sentiment d'autonomie et de contrôle personnel, développement de la débrouillardise, de la prise de décision et des compétences à maîtriser le stress	Développement et consolidation de la capacité de raisonner et d'analyser (formuler des hypothèses, planifier des activités, établir des stratégies, tirer des conclusions, estimer les chances de succès ou d'échec)	Éloignement par rapport au conformisme social	Poussée de croissance importante chez les filles (12 ans) et les garçons (13 ans)	Maturation des fonctions de reproduction et des caractères sexuels primaires et secondaires	Acceptation par les pairs et loyauté envers eux
Remise en question des normes et valeurs reçues	Développement et consolidation de la capacité d'abstraction, élaboration de la pensée abstraite	Exercice d'une autonomie plus complète	Baisse du niveau global de l'activité physique chez les adolescents de 15 à 19 ans et niveau d'activité physique plus faible chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans	Engagement possible dans les premières relations sexuelles	Responsabilisation face aux rôles sociaux, filiaux, conjugaux, maternels, paternels, civiques et de travailleurs
Expression fréquente d'émotions labiles	Vulnérabilité aux difficultés d'apprentissage scolaire	Apparition de situations conflictuelles avec l'adulte	Préoccupation importante de l'image corporelle	Vulnérabilité aux grossesses précoces	Modulation des choix par l'influence des pairs
Vulnérabilité aux détresses psychologiques, aux peines d'amour, aux idées suicidaires et au suicide	Risque d'abandon scolaire	Augmentation de la capacité d'empathie et de la faculté à considérer les intentions des autres	Apparition des vulnérabilités liées aux modèles stéréotypés et aux images corporelles véhiculées par la société	Exposition aux maladies transmises sexuellement	Intérêt aigu pour les activités compétitives
Désir de reconnaissance personnelle et forte envie de se libérer des adultes			Vulnérabilité à l'utilisation des stéroïdes anabolisants ou à la pratique d'exercices de musculation à outrance	Changements physiques spectaculaires (menstruations chez la fille, expériences d'éjaculation nocturne chez le garçon)	
Début de l'expérience de l'intimité avec une autre personne			Vulnérabilité aux désordres alimentaires, particulièrement chez les adolescentes	Vulnérabilité à la violence dans les relations amoureuses	
Reconnaissance parentale et sociale plus grande quant à l'autonomie du jeune adulte contribuant ainsi à sa valorisation			Vulnérabilité aux accidents et aux blessures	Phase aiguë de l'identité personnelle et sexuelle	
			Période propice à l'adoption d'habitudes de vie favorables à la santé ayant de fortes probabilités de se maintenir à l'âge adulte	Début de l'expérience de l'intimité physique avec une autre personne	

LES PÉRIODES DE TRANSITION (QUÉBEC)

Les caractéristiques du développement de l'enfant et de l'adolescent – Période de transition du primaire au secondaire

Certaines conséquences du passage de l'école primaire à l'école secondaire, ont pu être identifiées en faisant une distinction entre les caractéristiques associées à cette phase de développement de l'enfant (il a alors environ treize ans)* et ce qui serait lié plus directement au phénomène de la transition scolaire.

Les effets suivants sont associés à ce passage :

- tendance à la baisse des notes, tant chez les filles que chez les garçons ;
- déclin de la motivation scolaire et de la confiance en ses capacités intellectuelles ;
- propension au décrochage scolaire chez les adolescents qui cumulent plusieurs facteurs de risque (individuels, familiaux et environnementaux) ;
- attitude plus négative envers l'école ;
- baisse de l'estime de soi chez les filles, surtout lorsque le début des menstruations ou certains événements stressants coïncident avec cette transition ;
- diminution de la participation spontanée aux activités parascolaires en première secondaire (c'est la première année après le cycle primaire et l'élève est âgé d'environ 14 ans).

Cette transition survient à une période où l'adolescent a un besoin particulier d'être reconnu, écouté et valorisé en tant qu'individu indépendant et possédant sa propre identité. Or, ces exigences nécessaires au bon développement du jeune supposent des relations positives et satisfaisantes avec des adultes significatifs et elles s'insèrent parfois difficilement dans un environnement scolaire physiquement plus grand où les rapports sociaux s'avèrent souvent anonymes.

Les caractéristiques du développement de l'adolescent – Période de transition vers le cégep** ou le monde du travail (16-17 ans)

Cette période de transition se caractérise chez le jeune par :

- une plus grande responsabilité quant aux rôles sociaux, filiaux, conjugaux, maternels, paternels, civiques et de travailleur ;
- une diminution importante de l'encadrement et moins de comptes à rendre à ses professeurs ;
- l'exercice d'une autonomie plus complète ;
- l'importance que la société offre à sa relève, car le fait de ne pas se trouver un emploi rend les adolescents plus vulnérables à deux niveaux : le développement de leur autonomie et de leur sentiment de compétence personnelle. Cela donne lieu à une démobilisation de l'adolescent, alimentée par la confirmation répétée qu'il n'est pas considéré comme utile pour sa communauté, que celle-ci se ferme à sa contribution et que son futur est incertain. Les séquelles d'une telle situation risquent d'être durables (Cloutier, 1996).

---

* Ceci est valable pour le Québec. En France et en Belgique, le passage de l'école primaire à l'école secondaire a lieu plus tôt, vers l'âge de 11 ans.

** Le Cégep (Collège d'enseignement général et professionnel) est un établissement d'enseignement collégial canadien francophone, où est offerte une formation technique et pré-universitaire. Ce sont des établissements soumis à la Loi sur les collèges d'enseignement général et professionnel, qui visent tous les collèges publics, au nombre de 48, ainsi qu'au règlement sur le régime des études collégiales, qui visent tous les établissements pouvant émettre un Diplôme d'études collégiales (DEC) ou une attestation d'études collégiales. Deux types de programme menant aux DEC sont offerts dans les cégeps. Les programmes pré-universitaires sont d'une durée de deux ans et mènent à l'université ; les programmes techniques durent généralement trois ans et mènent au marché du travail et à certains programmes universitaires.

Exemples de programmes validés

Intervention centrée sur :	Âge – Lieux	Méthodes
Jeunes *(uniquement)*	3-16 ans École Milieux de garde, préscolaire	Développement des compétences sociales, émotionnelles et cognitives
Communauté	Jeunes	Adulte support (mentorat*)
Environnement scolaire	6-16 ans École	Tuteur Formation Coordination école-parents-structures de ville Activités
Parents et jeunes	3-14 ans École Parents : domicile, centres de soin, etc.	Parents : visite à domicile, formation parentale Enfants : développement des compétences sociales, émotionnelles, cognitives
Parents et enseignants	2-10 ans École	Formation parentale Formation des enseignants
Plusieurs dimensions	6-16 ans École Domicile Communauté	Développement des compétences Formation parentale, visite à domicile Formation des enseignants Modification de l'environnement scolaire Mentorat*

* Aide personnelle, volontaire et gratuite, à caractère confidentiel, apportée sur une longue période par un mentor pour répondre aux besoins particuliers d'une personne (le mentoré) en fonction d'objectifs liés à son développement personnel et professionnel ainsi qu'au développement de ses compétences et des apprentissages dans un milieu donné (Grand dictionnaire terminologique de l'Office québécois de la langue française).

Principaux résultats	Principales applications	Exemples de programme
Baisse des problèmes : anxieux, dépressifs, d'abus de substance, de comportement Hausse : capacité de gestion du stress, adaptation, *coping*, résultats scolaires, intelligence	Promotion de la santé mentale** Prévention : universelle, sélective, indiquée	*Second step* *Coping with stress course* *Carolina abecedarian project* *I can problem solve* *Positive youth development* *Les amis de Zippy* *Life skills training*
Baisse des problèmes de comportement	Prévention sélective ou indiquée Type d'intervention peu développé	*Big brother/Big sister of America*
Baisse des problèmes : anxieux, dépressifs, de comportement, d'abus de substances Amélioration : estime de soi, satisfaction à l'école	Prévention universelle	*School transitional environment project* *Olweus bullying program* *Healthy school and drugs project*
Baisse des problèmes : anxieux, de comportement, d'abus de substances Amélioration : performances scolaires et professionnelles	Prévention sélective ou indiquée	*High/Scope perry preschool Project* *Montreal prevention experiment* *Coping power program* *Queensland prevention of anxiety project*
Baisse des problèmes : de comportement, d'abus de substances Amélioration : engagement dans l'école, relations familiales	Prévention universelle, sélective ou indiquée	*Seattle social development projectThe incredibles years series*
Baisse des problèmes : de comportement, moins d'orientation spécialisée Amélioration : compétences sociales, relations familiales et dans la communauté	Prévention universelle, sélective ou indiquée Type de programme récent, en développement	*Fast track* *Linking the interests of families and teachers* *Communities that care programme*

** La promotion de la santé mentale a pour objectif d'accroître la santé mentale positive de la population en agissant sur les déterminants de la santé mentale. La promotion de la santé mentale englobe la prévention des troubles mentaux, cette dernière pouvant être considérée comme l'une de ces composantes.

Bibliographie

- **Arcand L., Daigle J.Y., Lapointe S., Moreau M., Rodrigue Y**. Les compétences essentielles liées à la santé et au bien-être à intégrer au curriculum des enfants de l'éducation préscolaire et des jeunes du primaire et du secondaire au Québec. Québec : Groupe interministériel sur les curriculums, volet Santé et bien-être ; **1998** : 75 p.
- **Argyris C., Schön D.A**. Apprentissage organisationnel. Théorie, méthode, pratique. Louvain-la-Neuve : De Boeck Université, coll. Management ; **2001** : 384 p.
- **Assaily J.P**. Les conduites à risque : du danger à la loi, des gènes aux pairs. Revue Toxibase **2003** ; 11 : 1-14. www.toxibase.org/Pdf/Revue/Revue11.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Beck F., Legleye S**. Drogues et adolescence. Usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes : ESCAPAD 2002, **2003**. Paris, OFDT, 164 p.
- **Beck F., Legleye S., Spilka S**. Les drogues à 17 ans, évolutions, contextes d'usage et prises de risque. Tendances ; **2006**, n° 49, 4 p.
- **Id.** Consommation et surconsommation de cannabis : apports et limites de l'épidémiologie, Psychotropes, revue internationale des toxicomanies ; **2007a**, Vol. 13, n°1, 9-32.
- **Id.** Les comportements de la population vis-à-vis des drogues illicites, in Beck F., Gautier A., Guilbert P. [sous la direction de] Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis, Inpes ; **2007**.
- **Bilodeau A., Lapierre S., Marchand Y**. Le partenariat : comment ça marche ? Mieux s'outiller pour réussir. Montréal : Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre ; **2003** : 33 p. www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfautre/guidepartenariat.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Botvin G.J., Baker E., Dusenbury L., Botvin E.M., Diaz T**. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class

population. Journal of the American Medical Association **1995** ; 273 (14) : 1106–1112.

- **Botvin G.J., Griffin, K.W., Nichols, T.R**. Preventing Youth Violence and Delinquency through a Universal School-Based Prevention Approach. Brief Report Published online : 29 November 2006. C Society for Prevention Research, **2006**.
- **Boufrahi S., Arseneau M.N., Roy R**. Les facteurs-clés de succès liés à la réussite scolaire au primaire. Revue commentée de la littérature récente. Québec : Ministère de l'Éducation ; **2003** : 61 p. www.mels.gouv.qc.ca/DFGA/politique/fecre/facteurs/pdf/revuecommentee.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Bouvier P**. Renouveler la prévention : quelques réflexions à la lumière de la résilience. Enfance Majuscule **2003** ; 72-73 : 23–26.
- **Id.** L'enfant et sa capacité de résistance : la résilience. In Médecine et Enfance N°16, BDSP ; **1996**.
- **Bronfenbrenner U**. The ecology of human development : experiments by nature and design. Cambridge : Harvard University Press ; **1979** : 348 p.
- **Broussouloux S., Houzelle-Marchal N**. Éducation à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet. Saint-Denis : Inpes ; **2006** : 140 p. www.inpes.sante.fr/esms/pdf/esms.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Bryant A.L., Schulenberg J., Bachman J.G., O'Malley P.M., Johnston L.D**. Understanding the links among school misbehavior, academic achievement, and cigarette use: a national panel study of adolescents. Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research **2000** ; 1 (2) : 71-87.
- **Callaly T., Arya D**. Organizational change management in mental health. Australasian Psychiatry **2005** ; 13 (2) : 120-123.
- **Choinière, C., Roberge, M.-C., Arcand, L., Martin, C**. Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire au regard de leur cohérence et leur contribution à l'approche École en santé. Volet habitudes de vie. Document de travail non-publié. Québec: Institut national de santé publique du Québec ; **2006** : 130 p.
- **Cicchetti D., Toth S.L**. The role of developmental theory in prevention and intervention. Development and Psychopathology **1992** ; 4 : 489-493.
- **Cloetta B., Spörri-Fahrni A., Spencer B., Ackermann G., Broesskamp-Stone U., Ruckstuhl B**. Guide pour la catégorisation des résultats. Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention. Berne : Promotion Santé Suisse ; **2005** : 27 p. www.promotionsante.ch/common/files/knowhow/tools/N107713_Ergebnismodell_fr.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Cloutier R., Gosselin P., Tap P**. Psychologie de l'enfant. (2e éd.). Montréal : Gaëtan Morin Editeur ; **2005** : 559 p.
- **Coie J.D., Watt N.F., West S.G., *et al***. The science of prevention. A conceptual framework and some directions for a national research program. The American psychologist **1993** ; 48 (10) : 1013-1022.
- **Coslin P.G**. Les conduites à risque à l'adolescence. Paris : Armand Colin, coll. Cursus ; **2003** : 214 p.
- **Crahay M**. Peut-on lutter contre l'échec scolaire ? Bruxelles : De Boeck, coll. Pédagogies en développement ; **1996** : 384 p.
- **Crockett L.J., Petersen A.C**. Adolescent development : health risks and opportunities for health promotion. In : Millstein S.G., Petersen A.C., Nightingale E.O. Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century. New York : Oxford University Press ; **1993** : 13-37.
- **Cuijpers P**. Prevention of cannabis use and misuse. In : Ministry of Public Health of Belgium. Cannabis 2002 report : a joint international effort at the initiative of the

Ministers of Public Health of Belgium, France, Germany, The Netherlands, Switzerland. Technical report of the international scientific conference ; 25 février 2002 ; Bruxelles, Belgique. Bruxelles : Ministry of Public Health ; **2002** : 83-94. www.trimbos.nl/Downloads/English_General/Cannabis2002_Report.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]

- **Currie C., Roberts C., Morgan A., *et al***. Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study : international report from the 2001/2002 survey. Copenhague : OMS – Bureau régional de l'Europe, coll. Health policy for children and adolescents n°4 ; **2004** : 237 p. www.euro.who.int/eprise/main/who/informationsources/publications/catalogue/20040518_1 [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Cyrulnik B**. Un merveilleux malheur. Paris : Odile Jacob ; **1999** : 246 p.
- **Cyrulnik B., Seron C**. La résilience ou comment renaître de sa souffrance ? Paris : Éditions Fabert, coll. Penser le monde de l'enfant ; **2003** : 145 p.
- **Deccache A**. Pour mieux choisir son évaluation. Définition et rôles des évaluations en éducation pour la Santé. Liège : APES, coll. Méthodes au service de l'éducation pour la santé ; **1989** : 9 p. www.apes.be/documentstelechargeables/pdf/n5.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Id.** Évaluer la qualité et l'efficacité de la promotion de la santé : approches et méthodes de santé publique et de sciences humaines. Promotion & Éducation **1997** ; 2 : 10-15.
- **Deliens C**. Guide de voyage. Ma classe part en projet santé. Bruxelles : Coordination Éducation & Santé – Cordes asbl ; **2005** : 80 p.
- **Deschamps J.P**. Promotion de la santé à l'école, ou l'école, lieu de santé. In : Réseau suisse d'Ecoles en santé. Une école en santé – une école performante, mêmes enjeux, mêmes objectifs ? Journée d'étude et de partage d'expériences ; 28 septembre **2005** ; Vevey, Suisse. www.ecoles-en-sante.ch/data/data_113.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Deschesnes M., Martin C., Hill A.J**. Comprehensive approaches to school health promotion : How to achieve broader implementation ? Health promotion international **2003** ; 18 (4) : 387-396. heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/full/18/4/387 [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Désilets M**. Rencontre-échange sur le transfert des acquis de formation, le suivi/accompagnement, la formation continue ; **2005**. [Document inédit]
- **Dilillo D., Tremblay G**. Maternal and child reports of behavioral compensation in response to safety equipment usage. Journal of pediatric psychology ; **2001** : 26(3): 175-184.
- **Domitrovich C.E., Welsh J.A**. Developmental models for interventions to prevent conduct problems. In : Moser SR, Frantz CE. Shocking violence: youth perpetrators and victims. A multidisciplinary perspective. Springfield : Charles C Thomas Publisher , **2000** : 125-153.
- **Dufour S**. Les amis de Zippy. Évaluation de la première implantation au Québec [rapport]. Montréal : Centre de Recherches et d'Intervention sur le Suicide et l'Euthanasie ; **2005** : 25 p.
- **Duquet F**. L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation. Montréal : Gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation ; **2003** : 56 p. www.meq.gouv.qc.ca/DGFJ/csc/promotion/pdf/19-7048.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Durlak J.A**.Primary prevention programs in school. Advances in clinical child psychology **1997** ; 19 : 283-318.
- **Eccles J., Roeser R**. School and community influences on human development. In : Bornstein M.H., Lamb M.E.

Developmental Psychology : An Advanced Textbook. 4e ed. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates ; **1999** : 657 p.

- **Evans R.G., Barer M.L., Marmor T. R**. Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie. Montrouge : J. Libbey Eurotext ; Montréal : les Presses de l'Université de Montréal ; **1996** : 359 p.
- **Ferguson S.A**. Other high-risk factors for young drivers – how graduated licensing does, doesn't or could address them. Journal of safety research ; **2003** : 34:71-77.
- **Fortin J**. Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle. Paris : Hachette Éducation ; **2001** : 144 p.
- **Id.** Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle. Rapport d'évaluation ; Fondation de France ; **2002** ; non publié.
- **Gélinas A., Pilon J.M**. Le transfert des connaissances en recherche sociale et la transformation des pratiques sociales. Nouvelles pratiques sociales **1994** ; (2) : 75-89.
- **Gélinas A**. Les exigences de l'accompagnement dans le renouvellement des pratiques. In : l'Hostie M., Boucher L.P. [sous la direction de] L'accompagnement en éducation : un soutien au renouvellement des pratiques. Sainte Foy : Presses de l'université du Québec ; **2004** : 192 p.
- **Id.** Changer le pansement ou penser le changement. In : Ministère de l'Éducation du Québec. Symposium sur la gestion du changement ; **2004** ; Université du Québec, Rimouski.
- **Godeau E., Grandjean H., Navarro F**. La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2002 – Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint-Denis : Inpes ; **2005** : 284 p. www.hbsc.org/countries/downloads_countries/France/FrenchNatReport0102.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Godenir F., Algrain V., Zdanowicz N., Reynaert C**. Les conduites à risque chez les adolescents. L'Observatoire, revue d'action sociale et médico-sociale **2004** ; 42 : 69-73.
- **Green L.W., Kreuter M.W.** Health Promotion Planning. An Educationnal and Environmental Approach (2e éd.). Toronto : Mayfield Publishing Company, **1999** : 506 p.
- **Greenberg M.T., Domitrovitch C., Bumbarger B**. The prevention of mental disorders in school-aged children : current state of the field. Prevention & Treatment **2001** ; 4(1) : No Pagination Specified.
- **Guilbert P., Gautier A., Baudier F., Trugeon A**. Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans. Volume 3.1. Saint-Denis : Inpes, **2004** : 216 p.
- **Guilbert P. ,Gautier A**. [sous la direction de] Baromètre Santé 2005. Premiers résultats. Saint-Denis : Inpes, **2006** : 170 p.
- **Hamel M., Blanchet L., Martin C**. 6, 12,17, Nous serons bien mieux : Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire. Québec : Les Publications officielles du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux ; **2001** : 302 p.
- **Hanewinkel R., Knaack R**. Bullying : violence prevention in Schleswig-Holstein school. Kiel : Landeinstitut Schleswig-Holstein fur Praxis und Theory der Schule ; **1997**.
- **Hershfield L., King B., van Maris B**. Introduction à la planification de programmes de promotion de la santé. Toronto: The Health Communication Unit and the Centre for Health Promotion – University of Toronto ; **2002** : 90 p. www.thcu.ca/infoandresources/publications/Fr.Planning.HighQualityDesktop.Oct17.2002.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Hibell B., Andersson B., Bjarnasson T. *et al***. The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries, Stockholm ; **2004**, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN, 450 p.

- **Hillier L.M., Morrongiello B.A**. Age and gender differences in school-age children's appraisals of injury risk. Journal of pediatric psychology **1998** : 23(4): 229-238.
- **Hollister Wagner G., Rivett D., Rurane A., Jensen B.B., Robson C., Barnekow Rasmussen V**. Health promoting schools evidence for effectiveness: Action lab report. Promotion & education (Promot. e duc.) ; **2003**, n° 4, pp. 182-185 [4 page(s) (article)], [Note(s): 197, 210 [6 p.]] (8 ref.).
- **Iles V., Sutherland K**. Organisational change: a review for health care managers, professionals and researchers. London : The National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO) ; **2001** : 100 p. www.sdo.lshtm.ac.uk/files/adhoc/change-management-review.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Inserm, Coord**. Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver. Paris : Les Éditions INSERM ; **2003** : 187 p. ist.inserm.fr/basisrapports/sante_enfants.html [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Inserm**, Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes, synthèse et recommandations. Expertise collective. France : Éditions INSERM ; **2001** : 40 p. ist.inserm.fr/basisrapports/educsante.html [Dernière consultation le 20/02/2006]
- **Institut provincial d'hygiène sociale (IPHS)**, Vivre, apprendre, expérimenter la santé à l'école. Des pistes de réflexion pour l'action. Namur, Belgique ; **2002** : 83 p.
- **IUPES** (International union for health promotion and education), actes du colloque « Efficacité et qualité de la promotion de la santé » organisé par l'Inpes avec la collaboration de l'IUPES ; **2004**. www.iuhpe.org/adddownloads/PE_Supp1_04.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Jodelet D**. [sous la direction de] Les représentations sociales. Paris : Presses Universitaires de France ; **1989** : 424 p.
- **Jonnaert P**. Compétences et socioconstructivisme : un cadre théorique. Bruxelles : De Boeck ; **2002** : 97 p.
- **Keall M.D., Frith W.J., Patterson T.L**. The influence of alcohol, age and number of passengers on the night-time of driver fatal injury in New Zealand. Accident analysis and prevention ; **2004** : 36: 49-61.
- **Keating D.P., Hertzman C**. Developmental health and the wealth of nations: Social, biological, and educational dynamics. New York : Guilford Press ; **1999** : 406p.
- **King K.A. Vidourek R.A., Davis B., McClellan W**. Increasing self-esteem and school connectedness through a multidimensional mentoring program. J Sch Health **2002** Sep ; 72(7):294-9.
- **Kontos A.P**. Perceived risk, risk taking, estimation of ability and injury among adolescent sport participants. Journal of pediatric psychology ; **2004** : 29(6): 447-455.
- **Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi, A., Lozano-Ascencio R**. [sous la direction de] Rapport mondial sur la violence et la santé. Suisse : Organisation mondiale de la Santé ; **2002** : 404p. //www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf [Dernière consultation le 5/07/2006].
- **Labelle R**. La prévention du suicide en milieu scolaire: constats et avenues de recherches dans: Parent G., Rhéaume D. [sous la direction de] La prévention du suicide à l'école. Canada : Presses de l'Université du Québec ; **2004** : 228p.
- **Labonté R**. Death of program, birth of metaphor : The development of health promotion in Canada. In : Pederson A., O'Neill M., Rootman I. (Eds.) Health Promotion in Canada : Provincial, National and International Perspectives. Toronto : W.B. Saunders ; **1994** : 72-90.
- **Lafortune L., Deaudelin C**. Accompagnement socioconstructiviste : pour s'approprier une réforme en éducation. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec ; **2001** : 208 p.

- **Lafortune, L., Turcotte, S**. Projet Accompagnement-recherche-formation pour la mise en œuvre du Programme de formation de l'école québécoise : Des éléments pour favoriser le réinvestissement de certains résultats en cours d'accompagnement-recherche-formation. Ans 2002-2005, document en version provisoire, Université du Québec à Trois-Rivières ; **2006** : 56 p.
- **Lapostolle L**. Réussite scolaire et réussite éducative : quelques repères. Pédagogie collégiale **2006** ; 19(4) : 5-7. www.aqpc.qc.ca/UserFiles/File/pedagogie_collegiale/24-LapostolleF.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Lardelli-Claret P., Jimenez-Moleon J.J., de Dios Luna-del-Castillo J., Garcia-Martin M., Bueno-Cavanillas A., Galvez-Vargas R**. Driver dependent factors and the risk of causing a collision for two wheeled motor vehicles. Injury prevention ; **2005** : 11: 225-231.
- **Le Breton D**. Les conduites à risque des jeunes. Lien social **2003** ; n° 652 : p. 15.
- **Lemarquand D., Tremblay R.E., Vitaro F**. The prevention of conduct disorder: A review of successful and unsuccessful experiments. In: Hill J., Maughan B. [Eds.] Conduct disorders in childhood and adolescence. Cambridge : Cambridge University Press ; **2001** : pp. 449-477.
- **Lister-Sharp D., Chapman S., Stewart-Brown S., Sowden A**. Health promoting schools and health promotion in schools : two systematic reviews. Health technology assessment **1999** ; 3(22) : 1-207. www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon322.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Lufin A**. Les représentations de santé des jeunes : les comprendre, les recueillir, les partager. Bruxelles : Croix-Rouge de Belgique ; **1995** : 112 p.
- **Maris R. W., Berman A.L., Silverman M.M**. [sous la direction de] Comprehensive Textbook of Suicidology. Etats Unis: The Guilford Press ; **2000** : 650p.
- **Martin C., Arcand L**. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires : pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes. Montréal : Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation ; **2005** : 77 p. www.mels.gouv.qc.ca/DGFJ/csc/promotion/pdf/19-7062.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Masten A.S., Coatsworth J.D**. The development of competence in favourable and unfavourable environments : lessons from research on successful children. American Psychologist **1998** ; 53 (2) : 205-220.
- **Melton G.B., Limber S.P., Cunningham P., Osgood D.W., Chambers J., *et al***. Violence among rural youth : final report to the Office of juvenile justice and delinquency prevention. Washington : US Department of Justice ; **1998** : No Pagination Specified.
- **Ministère de l'Éducation du Québec** Programme de formation de l'école québécoise : éducation préscolaire et enseignement primaire. Montréal : Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation ; **2001** : 354 p. www.mels.gouv.qc.ca/DGFJ/dp/programme_de_formation/primaire/pdf/prform2001/prform2001.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Id.** Programme de formation de l'école québécoise: enseignement secondaire, premier cycle. Montréal : Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation ; **2004** : 612 p. www.mels.gouv.qc.ca/DGFJ/dp/programme_de_formation/secondaire/pdf/prform2004/prfrmsec1ercyclev2.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Ministerial Council on Education, Employment, Training and Youth Affairs**. The Adelaide declaration on national goals for schooling in the twenty-first century. Syndney : Australian government, Department of education, science and training. ; **1999** : No Pagination Specified.

www.mceetya.edu.au/mceetya/nationalgoals/natgoals.htm#pre [Dernière consultation le 28/05/2007]

- **Mishara S., Dufour S**. « Les Amis de Zippy » : un programme novateur de promotion de la santé mentale des jeunes enfants. In : Centre de Recherches et d'Intervention sur le Suicide et l'Euthanasie. Pratiques novatrices pour la prévention du suicide ; 4 au 7 mai **2004** ; Montréal, Canada.
- **Mishara B.L., Tousignant M**. (2004) Comprendre le suicide. Montréal : Les Presses Universitaires de Montréal ; coll. Paramètres ; **2004** : 174 p.
- **Mishara B.L., Ystgaard M**. Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children : Zippy's Friends. Early Childhood Research Quarterly **2006** ; 21 (1) : 110-123.
- **Molleman G.R.M., Peters L., Hommels L., Ploeg M**. Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé : Preffi 2.0. Woerden NIGZ ; **2003** : 37 p. www.inpes.sante.fr/preffi/Preffi2_Outil.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Monkevicienė O., Mishara B.L., Dufour S**. Effects of the Zippy's Friends programme on children's coping abilities during the transition from kindergarten to elementary school. Early Childhood Education Journal. **2006** ; 34 (1) : 53-60.
- **Moreau A., Roucloux A**. Vivre, apprendre, expérimenter la santé à l'école. Des pistes de réflexion pour l'action. Namur : Institut provincial d'hygiène sociale de Namur ; **2002** : No Pagination Specified.
- **Morrongiello B.A., Major K**. Influence of safety gear on parental perceptions of injury risk and tolerance for children's risk taking. Injury prevention ; **2002** : 8: 27-31.
- **Olds D.L., Henderson C.R., Cole R., *et al***. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior. JAMA **1998** ; 280: 1238-1244.
- **Olds D.L., Robinson J., O'Brien R., *et al***. Home visiting by paraprofessionals and by nurses : a randomized, controlled trial.. Pediatrics **2002** ; 110 : 486-496.
- **Olds D.L., Eckenrode J., Henderson C.R., *et al***. Long-term effects on home visitation on maternal life course and child abuse and neglect : 15 years follow-up of a randomized trial. JAMA **1997** ; 278 : 637-643.
- **Olievenstein C**. Il n'y a pas de drogués heureux. Paris : Le livre de poche ; **1991** : 412 p.
- **Ollendick T.H., Vasey M.W**. Developmental theory and the practice of clinical child psychology. Journal of Clinical Child Psychology **1999** ; 28 (4) : 457-466.
- **Olweus D**. Bully/victim problems among school children: basic facts and effects of a school based intervention program. In : Rubin K., Heppler D. The development and treatment of childhood aggression ; **1989** Hillsdale : Lawrence Erlbaum ; 411-418.
- **Olweus D., Limber S., Mihalic S**. Blueprints for Violence Prevention Series. Book Nine : Bullying Prevention Program (BPP). Boulder, CO : Center for the Study and Prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, University of Colorado ; **1999**.
- **O'Neill M**. Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important ? Promotion & Éducation **2004** ; H.S. 1 : 6-9. www.iuhpe.org/adddownloads/PE_Supp1_04.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Organisation mondiale de la santé**. L'évaluation des programmes de santé : principes directeurs. Genève : OMS ; **1981** : 49 p.
- **Id.** Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : OMS ; **1986**. www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french [Dernière consultation le 28/05/2007]

- **Id.** Glossaire de la promotion de la Santé. Genève : OMS ; **1999** : 36 p. www.who.int/hpr/ NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Id.** Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : OMS ; **2002** : 404 p. www.who.int/ violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Id.** Prevention of mental disorders : effective intervention and policy options, summary report. Genève : OMS ; **2004** : 68 p. www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Id.** Rapport mondial sur la prévention des traumatismes du aux accidents de la circulation. Genève : OMS ; **2004** : 238 p. www.who.int/world-health-day/2004/infomaterials/world_report/fr/ [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Id.** charte de Bangkok pour la promotion de la santé dans un monde globalisé. Genève : OMS ; **2005** : 6 p. www.promotionsante.ch/uploads/File/news/115652_BangkokCharta.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Organisation mondiale de la santé, Unesco, Unicef, Banque mondiale**. Focusing Resources on Effective School Health: a Fresh Start to Enhancing the Quality and Equity of Education. Genève : OMS ; **2000** : 26 p. unesdoc.unesco.org/images/0012/001240/124086mo.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Pan American Health Organisation**. Tobacco-free Youth: A « life skills » primer. Whasington : PAHO ; **2001** : 53 p.
- **Parquet J.P**. Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance. Vanves : CFES ; **1998**. 47 p. www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/287.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]
- **Pedinielli J.L., Rouan G., Bretagne P**. Psychopathologie des addictions. (2e éd.). Paris : Presses Universitaires de France ; **2000** : 128 p.
- **Peterson L., Tremblay G**. Importance of developmental theory and investigation to research in clinical child psychology. Journal of Clinical Child Psychology **1999** ; 28(4) : 448-456.
- **Piette D., Parent F., Coppieters Y., *et al***. La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994 ? Bruxelles : Université Libre de Bruxelles – Unité Promotion Éducation Santé ; **2003** : 111 p. www.ulb.ac.be/esp/promes/ [Dernière consultation le 28/05/2007].
- **Poissant J., Bordeleau L., Desjardins N**. Favoriser le développement des enfants d'âge préscolaire : un guide d'intervention pour soutenir les pratiques parentales. Canada: Institut national de santé publique du Québec (à paraître).
- **Pommereau X**. L'adolescent suicidaire. (3e ed.). Paris : Dunod ; **2005** : 288 p.
- **Pommier J., Laurent A., Deschamps J.-P.** La santé, c'est toute la vie : paroles d'adolescents sur leur santé (à paraître).
- **Potvin L**. Faut-il s'inquiéter de l'engouement pour les pratiques fondées sur les données de recherche en promotion de la santé ? Promotion & Éducation **2006** ; 13(4) : 250-251.
- **Postlethwaite T.N**. Le pilotage des résultats des élèves. Paris : Unesco-IIEP ; **2005** : 168 p.
- **Promotion Santé Suisse**. Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention. Berne, **2005**. www.quint-essenz.ch/fr/planning/tools/4110.html [Dernière consultation le 25/10/2007]
- **Ravens-Sieberer U., Gosch A., Abel T., *et al***. Quality of life in children and adolescents : a European public health perspective. Sozial- und Präventivmedizin **2001**. 46(5) : 294-302.

- **Renaud L.**, Gomez Zamudio M. Planifier pour mieux agir. Montréal : Réfips, coll. « Partage » ; **1998** : 154 p.
- **Richard L**. Pour une approche écologique en promotion de la santé: le cas des programmes de lutte contre le tabagisme. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé **1996** ; 3(1) : 52-67.
- **Roberge M.C., Choinière C**. Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire au regard de leur cohérence et leur contribution à l'approche École en santé. Canada : Institut national de santé publique du Québec (à paraître).
- **Rogers E.M**. Diffusion of innovations (4e éd.). United States: The Free Press ; **1995** : 518 p.
- **Schön D.A**. Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir. Montréal : Les Éditions Logiques, coll. Formation des Maîtres ; **1994** : 418 p.
- **Schoonbroodt C., Gélinas A**. Envisager la prévention par le changement émergent : apprendre à gérer ce qui fait problème. Éducation Santé **1996** ; 108 : 3-10.
- **Senterre C., Bantuelle M., Levêque A**. Prévention du suicide : Aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en Communauté française de Belgique. Rapport de recherche. Bruxelles : Centre d'Etudes et de Recherches en santé Publique, École de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles ; **2006**.
- **Shonkoff J. P., Meisels S. J**. Handbook of early childhood intervention (2e éd.). Cambridge : Cambridge University Press ; **2000** : 756 p.
- **St Arnaud Y., Bourassa B., Serre F**. Apprendre de son expérience. Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy ; **1999**, 181 p.
- **St Léger L**. Protocoles et lignes directrices pour les Écoles promotrices de santé. Promotion et Éduction **2005** ; XII(3-4):145-7.
- **St Léger L., Nutbeam D**. Health promotion in schools. In: International Union for Health Promotion and Education. The Evidence of Health Promotion Effectiveness : Shaping Public Health in a New Europe. Bruxelles : Commission européenne ; **1999** : 110-122.
- **Stranger M**. The aesthetics of risk: a study of surfing. *International Review for the Sociology of Sport* **1999** *;* 34(3) : 265-276.
- **Sylva K**. School influences on children's development. Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines **1994** ; 35(1) :135-70.
- **Tremblay RE, Masse LC, Pagani L, Vitaro F**. From childhood agression to adolescent maladjustment : the Montreal prevention experiment. In : Preventing childhood disorders, substance abus, and delinquency. Peters RD, Mcmahon RJ eds, Sage, Thousand Oaks, CA ; **1996** : 268-298.
- **Tremblay RE, Vitaro F, Bertrand L, Leblanc M, Beauchesne H *et coll***. Parent and child training to prevent early onset of delinquency : the Montreal Longitudianl-experimental study. In : Preventing antisocial behavior : interventions from birth through adolescence. Mccord J, Tremblay RE Eds, Guikford press, New York ; **1992** : 117-138.
- **United States Department of Health and Human Services**. Youth violence: a report of the Surgeon General ; **2001** www.surgeongeneral.gov/library/youthviolence [Dernière consultation 31/05/2007]
- **Vitaro F., Gagnon C**. [sous la direction de] Prévention des problèmes d'adaptation. Tome I : les problèmes internalisés. Canada : Presses de l'Université du Québec ; **2000** : 550 p. www.puq.ca/fr/repertoire_fiche.asp?titre=titres&noProduit=D1039
- **Id.** Prévention des problèmes d'adaptation. Tome II : les problèmes externalisés. Canada : Presses de l'Université du Québec. **2000** : 630 p. www.puq.ca/fr/repertoire_fiche.asp?titre=titres&noProduit=D1040
- **Wagner G.H., Rivett D., Rurane A., Jensen B.B., Robson C., Rasmussen V.B**.

Health promoting schools evidence for effectiveness : Action lab report. Promotion & Education **2003** ; 10(4):182-5 197, 210.

- **Webster-Stratton C., Taylor T**. Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). Prevention Science **2001** ; 2(3) : 165-192.
- **Weissberg R.P., Greenberg M.T**. School and community competence-enhancement and prevention programs. In: Damon W., Sigel I.E., Renninger A. [Ed.]. Handbook of child psychology (5ème éd.), vol. 4 : Child psychology in practice. New-York : John Wiley ; **1998** : 877-954.
- **White D., Jobin L., McCann D., Morin P**. Pour sortir des sentiers battus : l'action intersectorielle en santé mentale. Sainte-Foy : Les publications du Québec ; **2002** : 331 p.
- **Whitney I., Rivers I., Smith P.K., Sharp S**. The Sheffield project: methodology and findings. In: Smith P., Sharp S. [Ed.]. School bullying: insights and perspectives. Londres : Routledge ; **1994** : 20-56.
- **Wolkow K.E., Ferguson H.B**. Community factors in the development of resiliency: Considerations and future directions. Community Mental Health Journal **2001** ; 37(6) : 489-498.

Sigles

CDC : Centers for Disease Control and Prevention (USA)

CFES : Comité français d'éducation pour la santé

CESC : Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (France)

CLPS : Centres locaux de promotion de la santé (Belgique)

CPMS : centre psycho-médico-social (Belgique)

EPS : École promotrice de santé

Espad : European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

HBSC : Health Behaviour in School-aged Children

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France)

Inrets : Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité (France)

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale (France)

Inspq : Institut national de santé publique du Québec

IRTAD : Banque de données Internationale sur la Circulation et les Accidents de la Route International

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAHO : Pan American Health Organisation

Réfips : Réseau francophone international pour la promotion de la santé

RTAD : Road Traffic and Accident Database

SPSE : service de promotion de la santé à l'école (Belgique)

UIPES : Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé

Unesco : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization ; Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture

Index

A

Accident 46
Accident de la route 42, 45, 46, 55, 56
Adaptation à l'école primaire 29
Adaptation à l'école secondaire 30
Affirmation de soi 33, 69, 73
Alcool 41, 42, 51, 57

C

Cannabis 40, 51
Charte d'Ottawa 74, 77
Communication 33
Compétences personnelles et sociales 32
Comportements à risque/conduites à risque 16
Comportements dangereux sur la route 45, 55
Comportements sexuels à risque 47, 56
Concept de soi 31, 50

D

Décrochage scolaire 60
Déterminants de la santé 49
Déterminants de la santé et du bien-être 49, 50
Déterminants des comportements à risque 51, 58

E

Enseignant 65, 67, 69, 72, 73, 75, 78, 81, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 99, 101, 116
Estime de soi 32, 44, 51, 53, 56, 57, 59, 60, 62, 65, 68, 75, 76, 78, 88
Evidence based program 68

F

Facteurs de protection 28, 51, 52, 53, 57
Facteurs de réussite 60
Facteurs de risque 49, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 115

G

Grossesses non désirées 39, 47

I

Identité autonome 29
Intervention efficace 64
Intervention prometteuse 71
Intervention validée 68

P

Pairs 15, 29, 30, 31, 52, 54, 58
Parents 50, 52, 53, 56, 60, 67
Pratiques sportives à risque 46, 56
Prévention, promotion de la santé, éducation pour la santé 17
Prévention et de promotion de la santé 22
Programme efficace 64
Programme validé 68, 116, 117

R

Représentations de la santé 34, 35, 36
Résilience 28
Réussite éducative 58, 59, 62
Réussite scolaire 58, 66
Réussite scolaire et réussite éducative 58

S

Savoir gérer son stress 33
Substances psychoactives 39, 45, 51, 52, 57
Suicide 52, 53, 55, 69

T

Tabac 40, 41, 51

V

Violence 33, 38, 42, 43, 44, 52
Violence scolaire 43

Conception graphique originale **SCRIPTA** – Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **DESK** – Christelle Mignot
Photogravure et impression **Fabrègue**

Janvier 2008

ISBN 978-2-9161-9203-1 / 413-08466-L

Enfants et adolescents doivent relever plusieurs défis : adaptation à l'école, réussite scolaire, entente avec les autres élèves, tout en développant leur identité et leur autonomie. Lors de ces périodes d'expérimentations, d'apprentissages et d'adoption de comportements, ils sont exposés à des risques qui peuvent affecter leur santé et leur bien-être.

Cet ouvrage propose pour la première fois une synthèse en français de la littérature scientifique internationale concernant les interventions de prévention des conduites à risque. Fruit d'une collaboration entre le Réseau francophone international de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, il s'adresse à toute personne qui souhaite engager une démarche de promotion de la santé de jeunes en âge d'être scolarisés (3-18 ans). Il traite en particulier de la violence (contre soi ou les autres), de l'usage de substances psychoactives, des comportements dangereux sur la route ou durant les loisirs et des comportements sexuels à risque.

Ce référentiel se structure en deux parties. L'une décrit les étapes et éléments du développement des enfants et des adolescents, les comportements considérés comme à risques et les facteurs qui les influencent ou les déterminent. L'autre propose des stratégies de prévention reconnues comme efficaces ou prometteuses ainsi que des ressources utiles à leur conception, leur implantation et leur évaluation.

inpes
www.inpes.sante.fr

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis cedex - France